



# **BACHELORARBEIT**

Verfasserin:

**Frau Johanna Lea Gross**

**Inwiefern kann das  
Präventionsprogramm Klasse2000  
die Suchtprävention im Kindes- und  
Jugendalter unterstützen?**

2017



# **BACHELORARBEIT**

Fakultät Medien

## **Inwiefern kann das Präventionsprogramm Klasse2000 die Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter unterstützen?**

Verfasserin:

**Frau Johanna Lea Gross**

Studiengang:

**Gesundheitsmanagement  
- Prävention, Sport, Bewegung -**

Seminargruppe:

**GM14wP1-B**

Matrikelnummer:

**38645**

Erstprüfer:

**Herr Prof. Heinrich Wiedemann**

Zweitprüfer:

**Frau Daphne Dress**

Einreichung:

**München, 6. Juni 2017**



# **BACHELOR THESIS**

Faculty of Medien

## **To what extent can the program Klasse2000 support the prevention of addiction for children and adolescents**

author:

**Frau Johanna Lea Gross**

course of studies:

**Gesundheitsmanagement  
- Prävention, Sport, Bewegung -**

seminar group:

**GM14wP1-B**

number of immatriculation:

**38645**

first examiner:

**Herr Prof. Heinrich Wiedemann**

second examiner:

**Frau Daphne Dress**

submission

**Munich, 06/06/2017**

## **Bibliografische Angaben**

Gross, Johanna:

Inwiefern kann das Präventionsprogramm Klasse2000 die Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter unterstützen?

To what extent can the program Klasse2000 support the prevention of addiction for children and adolescents

37 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,  
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2017

## **Abstract**

Die folgende Bachelorarbeit beleuchtet die Thematik der Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter anhand des Präventionsprogramms Klasse2000. Die Forschungsfrage geht detailliert auf die Möglichkeiten und Grenzen des Programms hinsichtlich der Unterstützung der Suchtprävention in Deutschland ein. Mit Hilfe literaturbasierter Recherche und der Analyse von Evaluationsstudien zu Klasse2000 wird die Thematik ergründet. Die Ergebnisse zeigen eine Mehrheit von Möglichkeiten gegenüber den Grenzen.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>I</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>III</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>IV</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>V</b>
<b>1. Einleitung</b>	<b>1</b>
1.1 Einführung in die Thematik	1
1.2 Aktueller Stand der Forschung	5
1.2.1 Suchtprävention in Deutschland	5
1.2.2 Suchtprävention Klasse2000	7
1.3 Grundlegende Fragestellung, weiterführende Fragen und methodische Vorgehensweise	8
<b>2. Theoretische Grundlagen</b>	<b>10</b>
2.1 Eingrenzung Zielgruppe	10
2.2 Begriffseingrenzung Sucht	10
2.2.1 Stoffgebundene Sucht	11
2.2.2 Verhaltenssucht	11
2.2.3 Klinische Differenzierung	11
2.3 Begriffseingrenzung Prävention	13
2.4 Begriffseingrenzung Suchtprävention	15
2.6 Vorstellung des Programms Klasse2000	15
2.6.1 Methodik	15
2.6.2 Materialien	17
2.6.3 Inhalte	17
2.6.4 Evaluationen	18
<b>3. Möglichkeiten und Grenzen</b>	<b>20</b>
3.1 Risikofaktor Alkohol	20
3.2 Risikofaktor Digitale Medien/ Internet	21
3.3 Rechtliche Rahmenbedingungen für schulische Präventionsmaßnahmen in Deutschland	24
3.3.1 Schulgesetze	24
3.3.2 Präventionsgesetz	24
3.4 Grundschule als Setting	26
<b>4. Diskussion</b>	<b>28</b>
4.1 Entwicklungsmöglichkeiten	28
4.3 Beantwortung der Forschungsfrage	29

<b>5. Schlussbetrachtung</b>	<b>30</b>
5.1 Zusammenfassung	30
5.2 Einschränkungsfaktoren	30
5.3 Ausblick	31
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>33</b>
<b>ANHANG</b>	<b>V</b>
<b>Eigenständigkeitserklärung</b>	<b>IX</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Nationale Präventionsstrategie (§ 20d SGB V)	2
Abb. 2: Vereinfachte Darstellung des Ist-Zustandes der Gewichte der einzelnen Versorgungssegmente des Gesundheitssystems	13
Abb. 3: Umfrage Ergebnis Alkoholkonsum 3 Jahre nach Intervention von Klasse 2000	20
Abb. 4.: Empfehlungen zu Prävention der Internetsucht	22
Abb. 5: Merkmale von Klasse2000 im Hinblick auf Good-Practice-Kriterien	27

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Geförderte Kompetenzen in Klasse 2000 psychologischen Theorien zugeordnet	17
Tabelle 2: Übersicht der Programm Themen unterteilt in Schuljahre	19



# Abkürzungsverzeichnis

LKP      Lebenskompetenzprogramm

# 1. Einleitung

## 1.1 Einführung in die Thematik

Erste nationale Relevanz der Thematik Suchtprävention wurde ausgelöst 1990 durch den Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan<sup>1</sup>. Die ersten Aufklärungsansätze konzentrierten sich auf Kampagnen, die zur Konsumkompetenz (Abstinenz illegaler Drogen, kontrollierter Konsum legaler Drogen, bestimmungsgemäßer Gebrauch von Medikamenten) aufklärten<sup>2</sup>. Es folgte 2003 der Aktionsplan Drogen und Sucht. Er führte die vier Säulen der deutschen Suchtpolitik (Prävention, Behandlung, Schadensreduzierung, Repression)<sup>3</sup> und den Fokus auf die Stärkung primärpräventiver Maßnahmen ein.

Im Jahr 2012 löste, die heute noch aktuelle, Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik<sup>4</sup> den Aktionsplan Drogen und Sucht ab. Entwickelt wurde sie von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung zusammen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Demnach orientiert sich die deutsche Drogenpolitik an den „Bedürfnissen des einzelnen Menschen“<sup>5</sup> und ist nicht stoffspezifisch ausgelegt.

Vor zwei Jahren wurde in Deutschland die erste gesetzliche Rahmenbedingung zu Prävention in der Bundesrepublik veröffentlicht. Im Juli 2015 trat das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention<sup>6</sup>, bekannt als Präventionsgesetz (PrävG), in Kraft. Das Gesetz soll die Prävention, die Gesundheitsförderung und die Früherkennung von Krankheiten in Deutschland regeln. Als Artikelgesetz erweitert es in erster Linie die Sozialgesetzgebung mit den meisten Änderungen im SGB V. Somit ist hauptverantwortlich für die Organisation der Ausführung des Gesetzes der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zusammen mit den gesetzlichen Krankenkassen. Private Krankenkassen dürfen sich freiwillig entscheiden, ob sie sich beteiligen, unterstützen oder nicht. Für die Umsetzung auf Landes- und Kommunalebene ist ein großer Spielraum für individuelle Zusammenarbeit von verschiedenen Akteuren gegeben. Für die Organisation ist die Gründung neuer Gremien und Arbeitsgruppen vorgesehen. In Abb. 1 sind die neuen und bereits bestehenden Akteure, die an der Umsetzung der Vorgaben des Präventionsgesetzes arbeiten sollen, mit ihren Beziehungen dargestellt.

<sup>1</sup> vgl. Nickels, C.: Präventive Drogenpolitik der Bundesregierung. In: Schmidt, B./ Hurrelmann, K. (Hrsg.): Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Ein Handbuch. Opladen 2000, 285

<sup>2</sup> vgl. Franzkowiak, P./ Schlömer, H.: Entwicklung der Suchtprävention in Deutschland: Konzepte und Praxis, In: Suchttherapie. Jg. 4, Nr. 4/2003, 176

<sup>3</sup> vgl. Schmidt, B.: Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland. Grundlagen und Konzeption, In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 24, Köln 2004, 34

<sup>4</sup> vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung/ Bundesministerium für Gesundheit: Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Berlin 2012

<sup>5</sup> ebenda, 8

<sup>6</sup> vgl. PrävG (idF v. 17.07.2015), In: Bundesgesetzblatt, Teil I, Jg. 2015, Nr. 31, 1368



Abb. 1: Nationale Präventionsstrategie (§ 20d SGB V)<sup>7</sup>

In diesem Rahmen wurde die Nationale Präventionskonferenz eingeführt. Von dieser wurden Anfang 2016 in den Bundesrahmenempfehlungen<sup>8</sup> die drei großen Ziele *Gesund aufwachsen*, *Gesund leben und arbeiten* sowie *Gesund im Alter* veröffentlicht. Ein Handlungsfeld des Ziels *Gesund aufwachsen* beinhaltet die präventive Arbeit in Schulen (s. Anhang 1), worunter auch die Suchtprävention zählt. Damit nimmt die Bundesrahmenempfehlung Bezug zu der Zielsetzung des Präventionsgesetzes, eine möglichst frühzeitige Realisierung präventiver Maßnahmen im Leben der Menschen zu erreichen. Für die Realisierung dieses Ziels ist die Lebenswelt Schule erwähnt als soziales System des Lernens oder im Falle von Ganztagschulen auch als Ort der Freizeitgestaltung.

Im aktuellen Schuljahr 2016/2017 befinden sich über 8,3 Millionen Schüler in allgemein-bildenden Schulen deutschlandweit. In der Primarstufe sind es 2,8 Millionen Kinder. Diese Zahlen machen die potentiell erreichbare Zielgruppe aus und sind unvergleichlich mit anderen Lebenswelten. Aufgrund der Schulpflicht, könnten potentiell

<sup>7</sup> Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V./ GKV-Spitzenverband (Hrsg.): Präventionsbericht 2016. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2015. Berlin 2016, 12

<sup>8</sup> vgl. GKV-Spitzenverband, DRV, DGUV, SVLFG: Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V, 2016

alle Kinder und Jugendlichen von präventiven Maßnahmen profitieren. Möchte man eine Reduktion des suchtartigen Verhaltens frühzeitig realisieren und Kindern und Jugendlichen ein gesundes Aufwachsen ermöglichen, ist es notwendig die Kinder im Grundschulalter mit suchtpreventiven Maßnahmen zu erreichen.

Die Phase der Kindheit und Jugend ist für die Intervention von präventiven Maßnahmen zur Suchtprävention ausschlaggebend. In dieser Zeit der Charakter- und Persönlichkeitsbildung, die durch viel Ausprobieren und die Suche nach eigenen Erfahrungen geprägt ist, werden viele Grundsteine gesetzt. Nicht zu unterschätzen ist beispielsweise die Ausbildung des Gehirns, die durch den Konsum von Alkohol negativ beeinflusst wird.<sup>9</sup> Es „besteht die Gefahr neuronaler Schädigungen und ein erhöhtes Risiko zur späteren Alkoholsucht.“<sup>10</sup> Das Auftreten einer Substanzabhängigkeit steht im engen Zusammenhang mit dem Einstiegsalter in den Alkoholkonsum.<sup>11</sup> Für den Alkoholkonsum ist nachgewiesen, dass das Risiko als Erwachsener eine Suchterkrankung zu bekommen umso höher ist, desto jünger man beim Konsumeintritt ist.<sup>12</sup> Jeder fünfte Mann und jede vierzehnte Frau, die in der Jugend regelmäßig Alkohol konsumieren entwickeln bis zu dem Altern von 34 Jahren eine Alkoholabhängigkeit.<sup>13</sup>

Neben den langfristigen gesundheitlichen Auswirkungen, dürfen auch die direkten Auswirkungen des Konsums von Suchtmitteln nicht unbeachtet bleiben. Das Verhalten unter Drogeneinfluss führt zu Störungen im sozialen Umfeld (Konflikte mit Eltern und/oder Freunden) oder kann strafrechtliche Konsequenzen (z.B. nach Auseinandersetzungen mit der Polizei, Unfällen, Gewalttaten gegenüber Mitmenschen) nach sich ziehen.<sup>14</sup> Ergänzend hierzu gilt auch, dass ein einmaliger Konsum nicht in jedem Fall sofort zu einer Abhängigkeit führt. Eine Abhängigkeit kommt in der Regel erst zum Tragen, wenn „der Konsum in sehr jungen Jahren und in beträchtlichem Ausmaß einsetzt und dabei Verhaltensweisen erlernt werden, die auch im Erwachsenenalter beibehalten werden.“<sup>15</sup> „Die Notwendigkeit, frühzeitig mit Maßnahmen der Primärprävention zu beginnen, wird durch epidemiologische Daten untermauert.“<sup>16</sup>

---

<sup>9</sup> vgl. Hapert. In: Mann, K./ Havemann-Reinecke, U./ Gaßmann, R. (Hrsg.): Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends-Grundlagen-Maßnahmen. Freiburg 2007, 58-76

<sup>10</sup> Settertobulte/ Richter. In: Mann/ Havemann-Reinecke/ Gaßmann 2007, 15

<sup>11</sup> vgl. Laucht. In: Mann/ Havemann-Reinecke/ Gaßmann 2007, 48 f.

<sup>12</sup> vgl. ebenda, 48 f.

<sup>13</sup> vgl. Bühler, A./ Thrul, J.: Expertise zur Suchtprävention. Aktualisierte und erweiterte Neuauflage der »Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs«. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 46, Köln 2013, 12

<sup>14</sup> vgl. ebenda, 12 f.

<sup>15</sup> Greca, R. / Schäfferling, S. / Siebenhüter, S.: Gefährdung Jugendlicher durch Alkohol und Drogen. Eine Fallstudie zur Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen. Wiesbaden 2009, 20

<sup>16</sup> Storck, C./ Beer, S.: Verein Programm Klasse2000 e. V..Theoretischer Hintergrund und Evaluationsergebnisse. 3. Auflage, Nürnberg 2013, 9

Erfreulich ist, dass der regelmäßige Alkoholkonsum<sup>17</sup> (mindestens einmal die Woche) bei Jugendlichen (12-17 Jahre) in den letzten Jahren entsprechend der Präventionsstrategie zurückgeht. Trotzdem liegt der Anteil deutscher 12 bis 17 jährigen Jugendlichen, die regelmäßig Alkohol konsumieren und sich damit in die Gefahr begeben ein Sucht zu entwickeln, mit 10,6%<sup>18</sup> im internationalen Vergleich im hohen Niveau<sup>19</sup>. Beunruhigend ist auch der sehr große altersbezogener Anstieg<sup>20</sup> des regelmäßigen Alkoholkonsums vom 12. bis 18. Lebensjahr (s. Anhang 3).

Aktuelle Schlagzeilen<sup>21</sup> macht das junge Forschungsgebiet der Digitalen Medien-/Internetsucht mit den Ende Mai veröffentlichten Ergebnissen der BLIKK Studie. Obwohl in dem für Deutschland relevanten Klassifikationskatalog, dem ICD-10-GM, noch keine Form der Medien- oder Internetsucht aufgenommen ist, wird der Forschung in diesem Bereich stetig mehr Beachtung geschenkt. Zwischen ein und zwei Prozent<sup>22</sup> der deutschen Gesamtbevölkerung sind als Internetsüchtig eingestuft. Bei Jugendlichen erhöht sich der Anteil auf fünf Prozent<sup>23</sup>.

„Evidenzbasierte Suchtprävention kann [...] einen bedeutsamen Beitrag dazu leisten, nicht nur die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern und die Lebensqualität zu erhöhen, sondern auch die gesellschaftlichen Kosten zu senken.“<sup>24</sup> Etwa 26,7 Milliarden Euro<sup>25</sup> werden in Deutschland für direkte (z.B. Behandlung von Erkrankungen) und indirekte Kosten (z. B. durch Arbeitsunfähigkeit) durch Alkoholkonsum verbraucht.<sup>26</sup> Die Einnahmen durch die Alkoholsteuer betragen im Gegensatz dazu nur 3,71 Mrd. Euro (s. Anhang 2).<sup>27</sup> Eine Effiziente Prävention kann hier also viel Geld einsparen.

---

<sup>17</sup> Orth, B./ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Der Alkoholkonsum Jugendlicher und Junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends. BZgA-Forschungsbericht, Köln 2017, 37

<sup>18</sup> ebenda, 24

<sup>19</sup> vgl. Bartsch, G./ Kreider, C./ Raiser, P.: DHS Factsheet. Alkohol und Jugendliche. Hamm 2016

<sup>20</sup> vgl. Orth/ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2017, 28

<sup>21</sup> Ludwig, K.: 600 000 Jugendliche gelten als internetabhängig. In: Süddeutsche Zeitung, 30.05.2017 & Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung et al.: Ergebnisse der BLIKK Studie 2017 vorgestellt: Übermäßiger Medienkonsum gefährdet Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Gemeinsame Pressemitteilung 29.05.2017, Berlin 2017

<sup>22</sup> vgl. Porcher-Spark, A.: Internetabhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen. In: Kinder-Spezial. Zeitschrift über Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen. In Kooperation mit Kinderärztliche Praxis. Nr. 57/2017, 7

<sup>23</sup> vgl. ebenda, 7

<sup>24</sup> Schmidt 2004, 10

<sup>25</sup> vgl. Orth, B./ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln 2016, 14

<sup>26</sup> Orth/ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2017, 15

<sup>27</sup> Statistisches Bundesamt: Steuereinnahmen aus alkoholbezogenen Steuern in Deutschland nach Steuerarten von 2002 bis 2016 (in Milliarden Euro). In: Statista - Das Statistik-Portal, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/5387/umfrage/einnahmen-aus-alkoholbezogenen-steuern-seit-1995/>, [Zugriff am 06.05.2017]

## 1.2 Aktueller Stand der Forschung

### 1.2.1 Suchtprävention in Deutschland

„Da Drogenmissbrauch multifaktoriell bedingt und abhängig von Lebenslagen und Lebensweisen ist, sind eindeutige Ursache-Wirkungsbeziehungen zwischen biopsychosozialen Bedingungsfaktoren und Drogenkonsum [...] nicht herstellbar.“<sup>28</sup> Die Entwicklung und Durchführung einer aussagekräftigen Evaluation im Bereich der Suchtprävention ist dementsprechend aufwendig. Bei der Betrachtung von Evaluationsstudien im und aus dem deutschsprachigen Raum ist auffällig, dass bis dato nur eine kleine Anzahl aussagekräftiger Wirksamkeitsstudien und Meta-Analysen von Programmen oder Projekten der Suchtprävention vorzufinden ist. Im Vergleich gibt es zahlreiche mehr Studien aus dem angloamerikanischen Raum<sup>29</sup> auf die sich in der Literatur bezogen wird. Nicht alle Ergebnisse dieser Studien können problemlos in Deutschland angewandt werden. Grund sind die unterschiedlichen Lebensweisen und sozio-kulturelle Schwerpunkte.

Für einen Überblick des Forschungsstandes der Suchtprävention werden drei repräsentative Überblicksarbeiten vorgestellt. Die Bereiche Wirksamkeit, Prävention, Schule und deutscher Sprachraum sind abgedeckt.

Pöttgen, S. et al. (2016) analysierten die Wirksamkeit schulbasierter Interventionen zur Prävention und/oder Reduktion des Substanzkonsums (Alkohol, Tabak, illegale Substanzen) Grund- und Sekundarschüler (5 bis 19 Jahre) international.<sup>30</sup> Die Ergebnisse zeigen für Interventionen, die individuelle Fähigkeiten und soziale Kompetenzen fördern, eine Wirksamkeit (u.a. Reduktion Alkoholkonsumprävalenz). „Ein möglicher Erklärungsansatz für die Wirksamkeit befähigungsfördernder Interventionen ist, dass diese meist auf Theorien der Verhaltensänderung (z.B. transtheoretisches Modell, sozial-kognitive Theorie) basieren.“<sup>31</sup> Die Wirksamkeit von Mehrkomponenten- und Mehrebenen-Interventionen ist umstritten. Effekte zeigen sich bei der Prävention von Alkohol- und Cannabiskonsums jedoch nicht den für Tabakkonsum. Von rein wissensbasierter Interventionen ist keine Wirksamkeit nachgewiesen. An den über 250 eingeschlossenen Studien wird das Alter kritisiert.<sup>32</sup> Die Aktualität der Forschung in diesem Bereich wird somit indirekt bemängelt. Es bedarf in der Wirksamkeitsforschung schulbasierter Präventionsprogramme demzufolge neue Studien.

---

<sup>28</sup> Schmidt 2004, 12

<sup>29</sup> vgl. Isensee, B./ Masurka, K./ Hanewinkel, R.: Langzeiteffekte des Präventionsprogramms Klasse2000 auf den Substanzkonsum. Ergebnisse einer kontrollierten Studie an Schülerinnen und Schülern in Hessen. In: SUCHT, Jg. 61, 3/2015, 128

<sup>30</sup> Pöttgen, S. et al.: Wie wirksam sind schulbasierte Interventionen zur Prävention und/oder Reduktion von Substanzkonsum bei Schülern/-innen in Grund- und Sekundarschulen? Eine systematische Übersicht vorhandener Reviews. In: Das Gesundheitswesen, Jg. 78, Nr.04/2016, 230-236

<sup>31</sup> ebenda, 234 f.

<sup>32</sup> vgl. ebenda, 235

„Insgesamt eignen sich schulbasierte Interventionen gut zur Prävention und/oder Reduktion des Substanzkonsums, da eine hohe Erreichbarkeit von Kindern und Jugendlichen besteht. Die Interventionen sollten fähigkeitsfördernde Komponenten [z.B. Förderung von Selbstkompetenzen, Rücksicht auf soziale Beeinflussung] enthalten [...]“<sup>33</sup>

Beelmann, Prost und Schmitt<sup>34</sup> untersuchten die Wirksamkeitsforschung von Prävention und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen im deutschen Sprachraum. Das Ergebnis zeigt erstens, dass der Umfang kleiner ist als der der angloamerikanischen Forschung. Zweitens wurde „[m]it einer durchschnittlichen Gesamteffektstärke [...] eine kleine, aber signifikante mittlere Wirkung ermittelt, die allerdings gegenüber den älteren internationalen Kennwerten zurückfällt.“<sup>35</sup> Weiterhin zeigt ihre Untersuchung kleine signifikante Effekte im Bereich der Suchtprävention und identifiziert die Schule als vorwiegenden Kontext für Präventionsforschung.<sup>36</sup> Im Ganzen wurden nur geringe Effektstärken ausfindig gemacht und deshalb geschlussfolgert, dass im deutschsprachigen Raum der Nachweis von langfristig verbessernden Auswirkungen der präventiven Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen noch fehlt.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung argumentiert 2013 noch, „dass alkoholspezifische Programme sowie einzelne Lebenskompetenzprogramme und ein Verhaltenssteuerungsprogramm für die Klasse im Hinblick auf die Prävention des Alkoholmissbrauchs wirksam sein *können*.“<sup>37</sup> Die aktuelle Meta-Analyse schulbasierter suchtpreventiver Lebenskompetenzprogramme (LKP) mit deutschsprachiger Zielgruppe aus 2016 von Bühler<sup>38</sup> ergründet die Forschungsfrage „Wie wirksam sind deutsch(sprachig)e schulbasierte LKP in der Beeinflussung des Tabak- und Alkoholkonsums von Grund- und SekundarschülerInnen, die im Rahmen von kontrollierten Studien mit unbehandelten SchülerInnen verglichen werden?“<sup>39</sup> mit Hilfe von 13 Studien. Den Ergebnissen zu Folge hat die Teilnahme an LKP in der Primarstufe statistisch signifikante Wirkungen auf das Substanzkonsumverhalten. Positive Effekte gibt es auf die Lebenszeitprävalenz von Alkoholkonsum, das Risiko für den Konsumeinstieg kann reduziert werden und das Risiko für einen aktuellen Konsum am Ende des LKP ist verkleinert. „Dies steht im Einklang mit nationalen und

<sup>33</sup> Pöttgen, S. et al. 2016, 235

<sup>34</sup> Beelmann, A./ Pfof, M./ Schmitt, C.: Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. Eine Meta-Analyse der deutschsprachigen Wirksamkeitsforschung. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, Jg. 22, Nr. 1/2014, 1-14

<sup>35</sup> vgl. ebenda, 10

<sup>36</sup> vgl. ebenda, 12

<sup>37</sup> Bühler/ Thrul 2013, 110 (Hervorhebung durch den Verfasser)

<sup>38</sup> vgl. Bühler, A.: Meta-Analyse zur Wirksamkeit deutscher suchtpreventiver Lebenskompetenzprogramme. In: Kindheit und Entwicklung, Jg. 25, Nr. 3/2016, 175–188

<sup>39</sup> ebenda, 176 f.

internationalen Arbeiten zur Wirksamkeit von LKP.<sup>40</sup> Die internationale Studien Auswertung schulbasierter Tabakprävention von Thomas, McLellan und Perera<sup>41</sup> aus 2015 weist eine vergleichbare Effektstärke der Wirksamkeit<sup>42</sup> von Projekten mit Lebenskompetenzförderungsansatz auf. Isensee und Kollegen<sup>43</sup> argumentieren ebenso wie Bühler. Sie ergänzen zu den LKP kritisch, dass die Befundlage zu bedeutsamen Auswirkungen (langfristigen Effekten, zeitlich gesehen nach mehr als 2 Jahren) nicht eindeutig ist.<sup>44</sup>

Aus den vorangegangenen Studienergebnissen ergibt sich, dass die drei Bedingungen Interaktivität, Intensität und Kontinuität eine Präventionsmaßnahmen effektiv machen.<sup>45</sup> Programme, die auf Verhaltensteuerung zielen und individuelle Fähigkeiten und soziale Kompetenzen fördern, sind statistisch signifikant wirksam eingestuft.

Bereits in den 80er Jahren verfolgte die „Suchtprävention [in Deutschland] das Ziel Selbstwirksamkeitserfahrungen zu vermitteln, Selbstbewusstsein [...] zu stärken, soziale Kompetenzen, Konfliktlösungsfähigkeiten und Durchhaltevermögen zu üben.“<sup>46</sup> Sieht man sich diese Zielsetzung an, ist sie den LKP sehr ähnlich. Aus diesem Grund ist es skurril, weshalb in der wissenschaftlichen Forschung noch keine Ergebnisse zu Langzeit-Effekten ergründet sind.

### 1.2.2 Suchtprävention Klasse2000

In Anlehnung an Kolip und Greif<sup>47</sup> wird der aktuelle Forschungsstand des Präventionsprogramms Klasse2000 aufgelistet.

Nachgewiesene Effekte sind:

- Kinder verfügen über ein größeres Gesundheitswissen
- Kinder beginnen seltener mit Zigaretten- und Alkoholkonsum
- Kinder lernen in einem positiveres Klassenklima
- Kinder berichten seltener über ein geringes Selbstwertgefühl,
- Kinder sind weniger gestresst
- Kinder haben weniger körperliche Beschwerden

---

<sup>40</sup> Bühler 2016, 184

<sup>41</sup> Thomas, R. E./ McLellan, J./ Perera, R.: Effectiveness of school-based smoking prevention curricula. systematic review and meta-analysis. In: BMJ Open, 5:e006976/2015

<sup>42</sup> vgl. Bühler 2016, 184

<sup>43</sup> vgl. Isensee/ Masurka/ Hanewinkel 2015, 128

<sup>44</sup> vgl. ebenda, 128

<sup>45</sup> vgl. Schmidt 2004, 14

<sup>46</sup> Franzkowiak/ Schlömer 2003, 176

<sup>47</sup> Kolip, P./ Greif, N.: Evaluation Programm Klasse2000. Zusammenfassender Abschlussbericht. Universität Bielefeld, Bielefeld 2016, 3



- die Effekte sind nachhaltig wirksam

### **1.3 Grundlegende Fragestellung, weiterführende Fragen und methodische Vorgehensweise**

Die Dichte an vergleichenden Studien zur Wirksamkeit der Effekten von Präventionsprogrammen spezialisiert ausschließlich oder unter anderem auf das Vorbeugen einer Suchtentwicklung im schulischen Kontext mit der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen gibt viele allgemeine Ergebnisse preis. Allgemeine Daten sind problematisch, wenn man konkrete Handlungsmethoden und Empfehlungen ableiten möchte. Da die Basis an Daten aus Forschungen im deutschen kulturellen und sozialen Raum zur Suchtprävention noch sehr klein ist, gibt es in diesem Forschungsfeld viele offene Fragen. Der regelmäßig geäußerte Ausblick lautet, dass weiterer Forschungsbedarf besteht, um spezifische Erkenntnisse für die deutsche Suchtprävention zu erlangen. Die Verfasserin möchte sich hierzu in dem kleinen Rahmen dieser Bachelorarbeit mit der Problemfrage auseinander setzen, inwiefern ein konkretes Programm seinen Beitrag zur Suchtprävention in Deutschland leisten kann. Die Wahl ist auf das derzeit in Deutschland am weitesten verbreitete und mittlerweile von Mitteln aus dem Bundeshaushalt unterstützte<sup>48</sup> Programm Klasse2000 gefallen. Die genaue Problemfrage lautet:

Inwiefern kann das Präventionsprogramm Klasse 2000 die Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter unterstützen?

Zu dieser Frage wird weiterführend erläutert, welche Möglichkeiten und Grenzen das Programm Klasse2000 in Bezug auf die Prävention der Entstehung von Suchterkrankungen für die Interventionsgruppe im Kindesalter birgt. Dies beinhaltet die entstehenden Chancen für die Auswirkungen auf das suchtspezifische Verhalten im Lebensverlauf und die Ausbaufähigkeiten des Programms zur weiteren Unterstützung der Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter. Weitere Fragen, die bei dem Ergründen der Problemfrage aufkommen sind: Was rechtfertigt dieses Programm zur Unterstützung des Bundes? Wie groß ist der Einfluss auf suchartiges Verhalten und den Einstellungen gegenüber dem Konsum riskanter Mittel? Gibt es Faktoren, die den Fortschritt verzögern? Wie liegen die Grenzen?

Damit der Umfang der Bachelorarbeit nicht überstrapaziert wird, beschränkt sich die Ausarbeitung der Problemfrage auf die klinisch anerkannt zur Abhängigkeit führende Substanz Alkohol, sowie das klinisch noch nicht anerkannte Suchtmittel Internet.

---

<sup>48</sup> vgl. Schmid, R.: Klasse2000 erreicht über 1,3 Millionen Grundschulkinder. In: Kinderärztliche Praxis. Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin, Jg. 88, Nr. 3/2017, 152

Ausgearbeitet wurden die Ergebnisse durch die reflektierende literaturbasierte Argumentation. Dazu gehören Analysen, Kompilationen und Vergleiche verschiedener Fachliteratur und ausgewählter Studienergebnissen der Thematiken Sucht, Prävention, Gesundheitsförderung, Suchtprävention, Gesundheitspolitik, Suchtpolitik, Psychologie, Pädiatrie, Pädagogik und Sportwissenschaft. Die Recherche und Ausarbeitung fand in einem Zeitraum von 12 Wochen zwischen März und Juni 2017 statt. Integriert sind mit einzelnen Ausnahmen ausschließlich Veröffentlichungen aus den letzten 10 Jahren, um die Aktualität der Angaben zu gewährleisten.

## 2. Theoretische Grundlagen

### 2.1 Eingrenzung Zielgruppe

Die Zielgruppe des Programms Klasse2000 muss differenziert betrachtet werden. Als erstes gibt es die Projekt durchführende Interventionsgruppe. Dieser Gruppe gehören die Kinder an, die eine Klasse besuchen, in der das Projekt Klasse2000 aktuell durchgeführt wird. Dies können potentiell alle Grund- und Förderschüler der ersten bis vierten Jahrgangsstufe (Primarstufe) in Deutschland sein. Sie sind die Lernende Gruppe.

Als zweites gibt es die Gruppe der ehemals Intervenierten. Dieser Gruppe gehören diejenigen an, die in der Grundschulzeit an Klasse2000 teilgenommen haben. Das entspricht Kindern ab der 5. Jahrgangsstufe, Jugendlichen und Erwachsenen. Sie sind die Gruppe der Ausführenden. An ihnen wird die langfristige Auswirkung der Interventionsmaßnahmen auf den Lebensstil gemessen.

Als drittes gibt es die Zielgruppe der Stakeholder. Dazu gehören die Eltern, Grundschullehrer und Grund- und Förderschulen, der Personen aus den ersten beiden Zielgruppen. Sie gehören indirekt als Zielgruppe zum Projekt, da die Interventionsmaßnahmen nicht speziell für sie entwickelt sind, sie aber bei der Lehre und den Maßnahmen teilhaben (Lehrer, Schule) oder von den bereitgestellten Informationsmaterialien und der Berichterstattung der Kinder aus den Lehrstunden profitieren (Eltern).

### 2.2 Begriffseingrenzung Sucht

Der Begriff Sucht wird im allgemeinen Sprachgebrauch für das Verlangen nach einem „ungewöhnlich angenehmen Erlebniszustand“<sup>49</sup> verwendet. Der angenehme Zustand kann sowohl von aufputschender/ stimmungshebender oder beruhigender/ von negativen Gefühlen befreiender Wirkung sein. Assoziiert wird dieser Zustand auch mit dem Begriff Rausch. Auslöser des Rausches können der Konsum oder Gebrauch von Mitteln sowie bestimmtes Verhalten, die psychische Prozesse beeinflussen, sein. „[B]esonders dann [...], wenn das Mittel in großen Mengen, häufig oder lang andauernd genutzt wird,“<sup>50</sup> entwickelt sich potentiell eine Abhängigkeit danach. Die Sucht wird auch als ein Zustand der kontinuierlich scheiternden Suche nach dem Rausch beschrieben.<sup>51</sup>

---

<sup>49</sup> Petermann, H / Roth, M.: Suchtprävention im Jugendalter. Interventionstheoretische Grundlagen und Entwicklungspsychologische Perspektiven. Weinheim und München 2006, 11

<sup>50</sup> ebenda, 14

<sup>51</sup> vgl. Gross, W.: Sucht ohne Drogen. Arbeiten, Spielen, Essen, Lieben. 2. Auflage, Frankfurt 2003, 21

### 2.2.1 Stoffgebundene Sucht

Eine Stoffgebundene Sucht wird von der psychoaktiven Substanz (Droge), die den berauschenden Zustand verursacht, ausgemacht.<sup>52</sup> Juristisch sind die Substanzen in legale und illegale Rauschmittel unterteilt. Beispiele für legale Substanzen sind Tabak, Alkohol, oder verschreibungspflichtige Hypnotika, für illegale Substanzen sind es nicht verschreibungsfähige Halluzinogene.<sup>53</sup>

### 2.2.2 Verhaltenssucht

Ein ungewöhnlich angenehmer Erlebniszustand kann auch von einem Verhalten oder einer Tätigkeit verursacht werden.<sup>54</sup> Dabei entsteht das Verlangen nach diesem Verhalten, um den Rausch erneut erleben zu können. Wird das Verlangen nach dem Verhalten oder der Tätigkeit zwanghaft ist von einer Sucht die Rede. Ein Beispiel hierfür ist der Medienkonsum oder die Internetnutzung (Online-Spiele, soziale Netzwerke, Streaming Plattformen).

### 2.2.3 Klinische Differenzierung

Differenziert werden muss von der allgemein gebräuchlichen Definition der Sucht die Definition im klinischen bzw. medizinischen Kontext. Nach Einwänden der WHO hat der Begriff Abhängigkeit hier den Begriff Sucht abgelöst.<sup>55</sup>

Das Krankheitsbild Sucht gibt es so nicht. Im klinischen Kontext besteht eine stärkere Differenzierung in den Definitionen der Krankheitsbilder, die in der allgemein gebräuchlichen Definition der Sucht vereinheitlicht<sup>56</sup> sind.

Die in Deutschland geltende Klassifikation ist die ICD-10-GM Version 2017 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision German Modification Version 2017). Demzufolge wird wie folgend, mit den entsprechenden Definitionen aufgezählt, differenziert.

Bezogen auf den Konsum psychotroper Substanzen (Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa, Hypnotika, Kokain, Koffein, andere Stimulanzien, Halluzinogene, Tabak und flüchtige Lösungsmittel)<sup>57</sup> gibt es den

<sup>52</sup> vgl. March, A.: Sport in der Suchtgesellschaft-Suchttendenzen im Sport. Prävention und Identität im Fluchtpunkt zweier Moderne-Konzeptionen. Genehmigte Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Philosophie an der Universität Hannover, Göttingen und Hannover 2004, 17

<sup>53</sup> vgl. Petermann/ Roth 2006, 13

<sup>54</sup> vgl. March 2004, 17

<sup>55</sup> vgl. Petermann/ Roth 2006, 15

<sup>56</sup> vgl. ebenda, 16

<sup>57</sup> vgl. DIMDI: ICD-10-GM Version 2017. Kapitel V. F10-F19, <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/online-fassungen/htmlgm2017/block-f10-f19.htm>, [Stand 15.04.2017]

Schädlichen Gebrauch (in der Literatur auch als Missbrauch benannt<sup>58</sup>):

„Konsum psychotroper Substanzen, der zu Gesundheitsschädigung führt. Diese kann als körperliche Störung auftreten [...] oder als psychische Störung [...]“<sup>59</sup>

im Unterschied zum Abhängigkeitssyndrom:

„Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom. Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z.B. opiatähnliche Substanzen), oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen.“<sup>60</sup>

Hiervon abgegrenzt ist der Schädliche Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen (Antidepressiva, Laxanzien, Analgetika, Antazida, Vitamine, Steroide und Hormone, Pflanzen oder Naturheilmittel, Sonstige<sup>61</sup>):

„Der anhaltende Gebrauch dieser Substanzen ist [...] manchmal von schädlichen körperlichen Auswirkungen der Substanzen begleitet. [...] Der Versuch, dem Gebrauch der Substanz entgegenzusteuern oder ihn zu verbieten, stößt oft auf Widerstand. [...] Obwohl die betreffende Person ein starkes Verlangen nach der Substanz hat, entwickeln sich keine Abhängigkeit bzw. Entzugssymptome“<sup>62</sup>

Die klinische Unterscheidung zwischen dem schädlichem Gebrauch und der Abhängigkeit wird in der pädagogisch-psychologischen Fachliteratur zur Suchtprävention sehr selten beachtet. Aus diesem Grund wird in dieser Arbeit der Begriff Sucht simultan zu den Begriffen Abhängigkeit und schädlichem Gebrauch, sowie zu den alternativen Bezeichnungen des schädlichen Gebrauchs: Missbrauch, riskanter Kon-

<sup>58</sup> vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.): Aktionsplan Drogen und Sucht. Berlin 2003, 15

<sup>59</sup> DIMDI: ICD-10-GM Version 2017. Kapitel V. F10-F19

<sup>60</sup> DIMDI: ICD-10-GM Version 2017. Kapitel V. F10-F19

<sup>61</sup> DIMDI: ICD-10-GM Version 2017. Kapitel V. F10-F19

<sup>62</sup> DIMDI: ICD-10-GM Version 2017. Kapitel V. F10-F19

sum bzw. riskantes/ schädliches Verhalten, verwendet. Bei Ausnahmen wird explizit auf die klinische Definition hingewiesen.

## 2.3 Begriffseingrenzung Prävention

Das deutsche Gesundheitssystem kann in Versorgungssegmente, die aufeinander folgen, unterteilt werden. Traditionell orientieren sie sich an dem Heilungsprozess von Krankheiten.<sup>63</sup> In der Modelldarstellung (Abb. 2) von Hurrelmann, Klotz und Haisch ist der Ist-Zustand der einzelnen Versorgungssegmente des Gesundheitssystems vereinfacht dargestellt. Die Größe der Kreise entspricht der aktuellen Gewichtung.

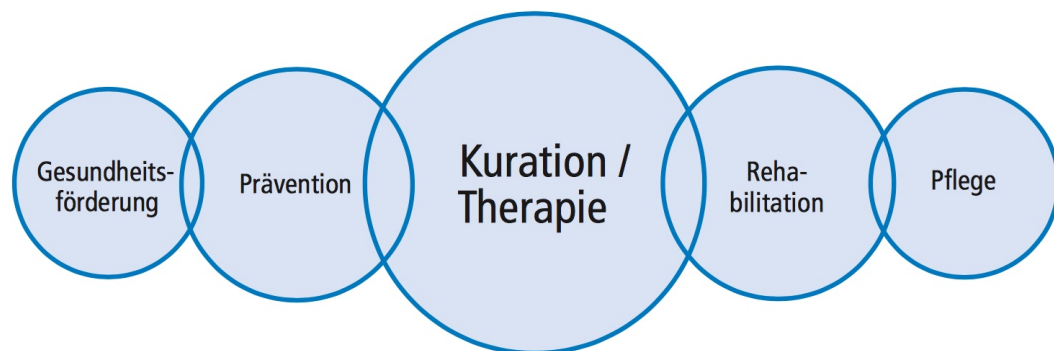


Abb. 2: Vereinfachte Darstellung des Ist-Zustandes der Gewichte der einzelnen Versorgungssegmente des Gesundheitssystems<sup>64</sup>

Aus diesem Modell ist ersichtlich, dass sich die Prävention zwischen der Gesundheitsförderung und der Kuration befindet und dabei mit beiden kleine Schnittmengen hat. Gesundheitsförderung beschränkt sich auf den „Erhalt oder Steigerung von Gesundheit und Wohlbefinden“<sup>65</sup> von subjektiv und objektiv Gesunden. Die Kuration kommt bei subjektiv und objektiv Erkrankten ins Spiel mit der Zielsetzung der vollständigen Heilung.

Ziel von Prävention ist, eine Erkrankung „durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, zu verzögern oder die Auftretenswahrscheinlichkeit zu verringern[,] [...] die Inzidenzabschirmung von Krankheit, Behinderung, vorzeitigem Tod sowie ein möglichst

<sup>63</sup> vgl. Hurrelmann, K./ Klotz, T./ Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4. Auflage, Bern 2014, 19

<sup>64</sup> ebenda, 20

<sup>65</sup> Röhrle, B.: Evaluationsprogramme zu Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention - was können sie leisten?. In: Sachverständigenkommission 13. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.): Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe. München 2010, 82

langer Erhalt der Selbstständigkeit im Alter.“<sup>66</sup> Unterteilen lässt sich die Prävention in 3 Teilbereiche: Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.

Primärprävention verhindert eine Erkrankung oder minimiert die Risikofaktoren.<sup>67</sup> Die Zielgruppe sind subjektiv und objektiv gesunde Menschen, die keine Symptome aufweisen (Überschneidung zu der Gesundheitsförderung). Ein Beispiel hierfür ist die Drogenaufklärung.

Sekundärprävention ist die Früherkennung oder Vermeidung von einer Verschlechterung des Krankheitsverlaufes. Die Zielgruppe sind hier subjektiv gesunde Menschen mit vorhandenen Risikofaktoren (z.B. chronisch Kranke). Ein Beispiel hierfür ist die Krebsvorsorge bei bekannter familiärer Veranlagung.

Tertiärprävention vermeidet Folgeschäden oder Rückfälle von Erkrankungen. Die Zielgruppe sind dementsprechend erkrankte oder gesundheitlich beeinträchtigte Menschen. Ein Beispiel hierfür sind die Screenings nach einer Krebs-Entnahme-Operation.

Weiterhin unterscheidet man Verhältnisprävention und Verhaltensprävention. In Bezug auf die Thematik Drogen und Sucht sind verhältnispräventive Maßnahmen beispielsweise die Altersgrenze für legalen Konsum oder die Durchsetzung von Verkaufsverboten.<sup>68</sup> „Verhaltenspräventive Maßnahmen zielten auf Wissens-, Einstellungs- und Verhaltensänderungen“<sup>69</sup> ab. Beispielsweise ist das Projekt Klasse2000 der Verhaltensprävention zuzuordnen.

Eine dritte Einteilung der Prävention richtet sich nach dem Personenkreis, der erreicht werden soll. Es gibt universelle, selektive und indizierte Prävention. Orientiert an der Definition von Bartsch, Kleider und Raiser<sup>70</sup> sind die drei Formen folgend beschrieben.

Universelle Prävention möchte die gesamte Gesellschaft erreichen. Universell präventive Interventionen sind undifferenziert ausgelegt.

Selektive Prävention möchte eine konkrete Personen Gruppe erreichen. Die Intervention findet in einem gezielt ausgewählten Kontext mit spezifischen Maßnahmen statt. Selektiv präventive Interventionen sind differenzierter als universelle präventive.

Indizierte Prävention möchte leidtragende Personen erreichen. Die Interventionen sind stark differenziert und individuell der Problematik entsprechend ausgerichtet.

---

<sup>66</sup> Loss, J./ Eichhorn, C.: Prävention und Gesundheitsförderung. In: Nagel, Eckhard (Hrsg.): Das Gesundheitswesen in Deutschland. 5. Auflage, Köln 2013, 215

<sup>67</sup> vgl. PräVG (idF v. 17.07.2015)

<sup>68</sup> vgl. Bühler/ Thrul 2013, 92

<sup>69</sup> Orth/ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2016, 68

<sup>70</sup> vgl. Bartsch/ Kreider/ Raiser 2016, 11

## 2.4 Begriffseingrenzung Suchtprävention

In dieser Arbeit wird die Suchtprävention eingegrenzt auf die Zusammensetzung der allgemeingebräuchlichen Definition der Sucht (wie unter 2.4 beschrieben) mit der Primärprävention, Verhaltensprävention und selektiver Prävention. Dies begründet sich mit der Zielsetzung des Programms Klasse2000.

Ziel der Suchtprävention im Kontext dieser Bachelorarbeit ist die Minimierung von Risikofaktoren (Primärprävention) im Kindes- und Jugendalter (Zielgruppe subjektiv und objektiv gesund), die eine Abhängigkeit in späteren Jahren verursachen würden, mit Hilfe von verhaltenspräventiven Maßnahmen. Die Entwicklung von klinisch schädlichem Gebrauch sowie der klinischen Abhängigkeit ab dem Jugendalter soll vorgebeugt werden.

## 2.6 Vorstellung des Programms Klasse2000

Klasse2000 ist in Deutschland aktuell das am weitesten verbreitete Programm zur Sucht-, Gewaltprävention und Gesundheitsförderung in Grund- und Förderschulen.<sup>71</sup> Das 1991 in Nürnberg entworfene Programm zählte im Schuljahr 2015/2016 3.516 teilnehmende Schulen mit 438.225 Kindern.<sup>72</sup> Für dieses Schuljahr ergibt das einen Anteil von 14% aller, der vom Statistischem Bundesamt deutschlandweit gelisteten, Grund- und Förderschüler.<sup>73</sup>

### 2.6.1 Methodik

Der Ansatz liegt in der Stärkung und Lehre von Gesundheits- und Lebenskompetenzen, um nicht nur das körperliche sondern auch das geistige und soziale Wohlergehen der Kinder auszubauen. Hierfür arbeiten die Lehrer gemeinsam mit spezifisch geschulten Gesundheitsförderern. Die Gesundheitsförderer kommen zwei bis vier mal pro Schuljahr für einen ganzen Projekttag in die Klassen. Während des gesamten Schuljahres führen die Klassenlehrer 10 bis 12 weitere Lehreinheiten mit den Schülern durch. Zum Einsatz kommt eine interaktive, erlebnis- und handlungsorientierte Methodik mit verhaltensbezogenen Strategien (z.B. Rollenspiele, Verhaltensverträge). Der Grund für die vielseitigen und interaktiven Mittel ist, dass dem „interaktiven Vermittlungsstil nicht nur Wissenseffekte, sondern auch Effekte auf die

---

<sup>71</sup> vgl. Kolip/ Greif 2016, 1

<sup>72</sup> vgl. Verein Programm Klasse 2000 e. V. (Hrsg.): Jahres- und Wirkungsbericht 2015/2016. Nürnberg 2017, 10

<sup>73</sup> vgl. Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur. Allgemeinbildende Schulen Schuljahr 2015/2016. Fachserie 11, Reihe 1, Wiesbaden 2017a, 10 (insgesamt 3.129.449 Schüler in der Primarstufe und auf Förderschulen)



Einstellungen und das Verhalten“<sup>74</sup> nachgewiesen sind. (Stichwort Verhaltensprävention)

„Das Programm ist speziell für die Grundschule konzipiert und bietet so die Möglichkeit, alle Kinder unabhängig von ihrer soziokulturellen Herkunft gemeinsam primärpräventiv zu erreichen.“<sup>75</sup> (Stichwort selektive Prävention)

Das Konzept des Programms Klasse2000 basiert auf verschiedenen psychologischen Theorien (detailliert nachzulesen bei Storck<sup>76</sup>). Diese Modelle und Theorien ergründen den potentiellen Ursprung und die Voraussetzungen zur Veränderung von riskantem Verhalten der Zielgruppe. Suchtmittelkonsum oder -nutzung ist unter riskantem Verhalten einzuordnen. In der Tabelle sind die Theorien aufgeführt mit den dazugehörigen Kompetenzen sie gefördert werden.

Tabelle 1: Geförderte Kompetenzen in Klasse2000 psychologischen Theorien zugeordnet

Modell/ Theorie	Geförderte Kompetenzen
Bewältigung von Entwicklungsaufgaben & Theorie des Problemverhaltens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstwahrnehmung und Wahrnehmung Anderer</li> <li>• Effektive Kommunikation z.B. Zuhören und Sprechen, eigene Bedürfnisse und Gefühle mitteilen</li> <li>• Problemlösen und Stressbewältigung, Atmen und Entspannen</li> </ul>
Risiko- und Schutzfaktorenmodell & Konzept der Resilienz	<p>Stärkung von Schutzfaktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nein-Sagen</li> <li>• Gesundheitsbewusstsein (eigenen Körper kennen lernen, Achtsamkeit)</li> </ul> <p>Schwächen von Risikofaktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mediendarstellung von Konsum</li> <li>• Bullying im Klassenverband</li> </ul>
Soziale Lerntheorie, Konzept der Selbstwirksamkeit & Theorie des geplanten Verhaltens	<p>Suchtspezifische Elemente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Information über die Wirkung von Substanzen</li> <li>• Aufbau realistischer Normen</li> <li>• Kritische Bewertung</li> <li>• Stärkung der Selbstwirksamkeit abstinent zu bleiben</li> </ul>

<sup>74</sup> Storck/ Beer 2013, 9

<sup>75</sup> Storck, C./ Dupréé, T./ Bölskei, P.L.: Erreicht schulische Gesundheitsförderung Kinder aus sozial benachteiligten Gruppen?. In: Prävention und Gesundheitsförderung, Jg. 3, Nr. 2/2008, 100

<sup>76</sup> Storck/ Beer 2013, 6 ff.

Modell/ Theorie	Geförderte Kompetenzen
Selbstmanagement-Ansatz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstständiger Einsatz von Entspannungsverfahren</li> <li>• Modifikation von Ernährungsgewohnheiten</li> <li>• Modifikation von Medien- oder Süßigkeitenkonsum</li> <li>• Selbstverpflichtung zur Abstinenz</li> </ul>
Modell der sozialen Informationsverarbeitung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wahrnehmen und Benennen von Gefühlen</li> <li>• Förderung des Einfühlungsvermögens</li> <li>• Erlernen eines effektiven Problemlöseverhaltens</li> <li>• Formulieren von Ich-Botschaften</li> <li>• Förderung von Kooperation und Teamfähigkeit</li> </ul>

### 2.6.2 Materialien

Die Lehrer erhalten in jedem Schuljahr ein detailliert ausgearbeitetes Unterrichtskonzept inklusive Materialien (Plakate, Spiele, CD mit Bewegungspausen und mit Entspannungsgeschichten, Bewegungskarten, Ernährungspyramide, Schwungtuch, Atem-Trainer, Erbsensäckchen, etc.) für die Stunden. Jeder Schüler erhält ein Arbeitsheft pro Schuljahr. Auch die Eltern werden integriert mithilfe von Elternabenden und Elternbriefen (in verschiedenen Sprachen).

### 2.6.3 Inhalte

Unterteilt sind die Lehrthematiken in fünf Rubriken:

- gesund essen & trinken
- bewegen & entspannen
- sich selbst mögen & Freunde haben
- Probleme & Konflikte lösen
- kritisch denken & nein sagen (fokussiert auf Alkohol und Tabak).<sup>77</sup>

Der folgenden Tabelle kann die genaue Aufteilung der Themen unterteilt in Gesundheitsförderer (GF) und Lehrer Stunden entnommen werden:

<sup>77</sup> vgl. Verein Programm Klasse 2000 e. V. 2017, 8

Tabelle 2: Übersicht der Programm Themen unterteilt in Schuljahre<sup>78</sup>

	Themen GF-Stunden	Themen Lehrerstunden
1. Klasse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennenlernen des Programms und der Figur KLARO</li> <li>• Atmung</li> <li>• Bewegung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sozialkompetenz/ Zusammenarbeit/ Klassenklima</li> <li>• Gesundes Pausenbrot/ gesunder Durstlöscher</li> <li>• Regelmäßige Entspannungs- und Bewegungsübungen</li> </ul>
2. Klasse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verdauung</li> <li>• Entspannung</li> <li>• Gefühle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesunde Ernährung</li> <li>• Entspannung</li> <li>• Gefühle</li> <li>• Regelmäßige Entspannungs- und Bewegungsübungen</li> </ul>
3. Klasse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemlösen</li> <li>• Herz/Kreislauf</li> <li>• Zusammenarbeiten/-leben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umgang mit Wut und Angst</li> <li>• Erlernen des Problemlöseschemas</li> <li>• Konfliktlösung</li> <li>• Herz/Kreislauf</li> <li>• Selbstwahrnehmung</li> <li>• Klassenklima</li> </ul>
4. Klasse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gehirn/Lernen</li> <li>• Glück/Werbung</li> <li>• Resümee/Abschluss</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gehirn/Lernen</li> <li>• Bildschirmmedien</li> <li>• Alkohol und Tabak</li> <li>• Gruppendruck</li> <li>• Freundschaften</li> </ul>

### 2.6.4 Evaluationen

Sortiert nach Aktualität sind hier die bisher veröffentlichte wissenschaftlichen Arbeiten zu Klasse2000 aufgezählt.

Kolip, P./ Greif, N.: Evaluation Programm Klasse2000. Zusammenfassender Abschlussbericht, Universität Bielefeld, Bielefeld 2016.

Isensee, B./ Masurka, K./ Hanewinkel, R.: Langzeiteffekte des Präventionsprogramms Klasse2000 auf den Substanzkonsum. Ergebnisse einer kontrollierten Studie an Schülerinnen und Schülern in Hessen. In: SUCHT, Jg. 61, 3/2015, 127-137.

<sup>78</sup> in Anlehnung an Kolip/ Greif 2016, 2

Pöhlmann, C.: Hindernisse und unterstützende Faktoren bei der Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogramms Klasse2000. Eine qualitative Studie zur Prozessevaluation. Masterarbeit im Studiengang Public Health der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Bielefeld 2014.

Maruska, K./ Isensee, B./ Hanewinkel, R.: Das Unterrichtsprogramm Klasse2000. Effekte auf Substanzkonsum und Gesundheitsverhalten 3 Jahre nach Ende der Intervention. Abschlussbericht. Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung, Kiel 2012.

Maruska, K./ Isensee, B./ Hanewinkel, R.: Universelle Prävention des Substanzkonsums: Effekte des Grundschulprogramms Klasse2000. In: Sucht, Jg. 57, Nr. 4/2011, 301-312.

Maruska, K.: Suchtprävention in der Grundschule. Effekte der Programme Eigenständig werden und Klasse2000. Inauguraldissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Naturwissenschaften der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Greifswald 2011.

Maruska, M./ Isensee, B./ Hanewinkel, R.: Das Unterrichtsprogramm Klasse2000. Welche Effekte gibt es über die Grundschulzeit hinaus? Abschlussbericht. Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung, Kiel 2010.

Isensee, B./ Hanewinkel, R.: Klasse2000. Evaluation des Unterrichtsprogramms in Hessen. Abschlussbericht. Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung, Kiel 2009.

Storck, C./ Dupréé, T./ Bölskei, P. L.: Erreicht schulische Gesundheitsförderung Kinder aus sozial benachteiligten Gruppen?. In: Prävention und Gesundheitsförderung, Jg. 3, Nr. 2/2008, 95-102.

Storck, C et al.: Zwischen Wunsch und Wirklichkeit: Die langfristige Umsetzung schulbasierter Präventionsprogramme in der Praxis am Beispiel Klasse2000. In: Prävention und Gesundheitsförderung, Jg. 2, Nr. 1/2007, 19-25.

Hollederer, A. / Bölskei, P. L.: Einsatz von Präventionsfachleuten im Grundschulprogramm Klasse2000. Kooperativer Unterricht im Programm Klasse2000. In: Gesundheitswesen, Jg. 63, Nr. 10/2001, 619-624.

### 3. Möglichkeiten und Grenzen

#### 3.1 Risikofaktor Alkohol

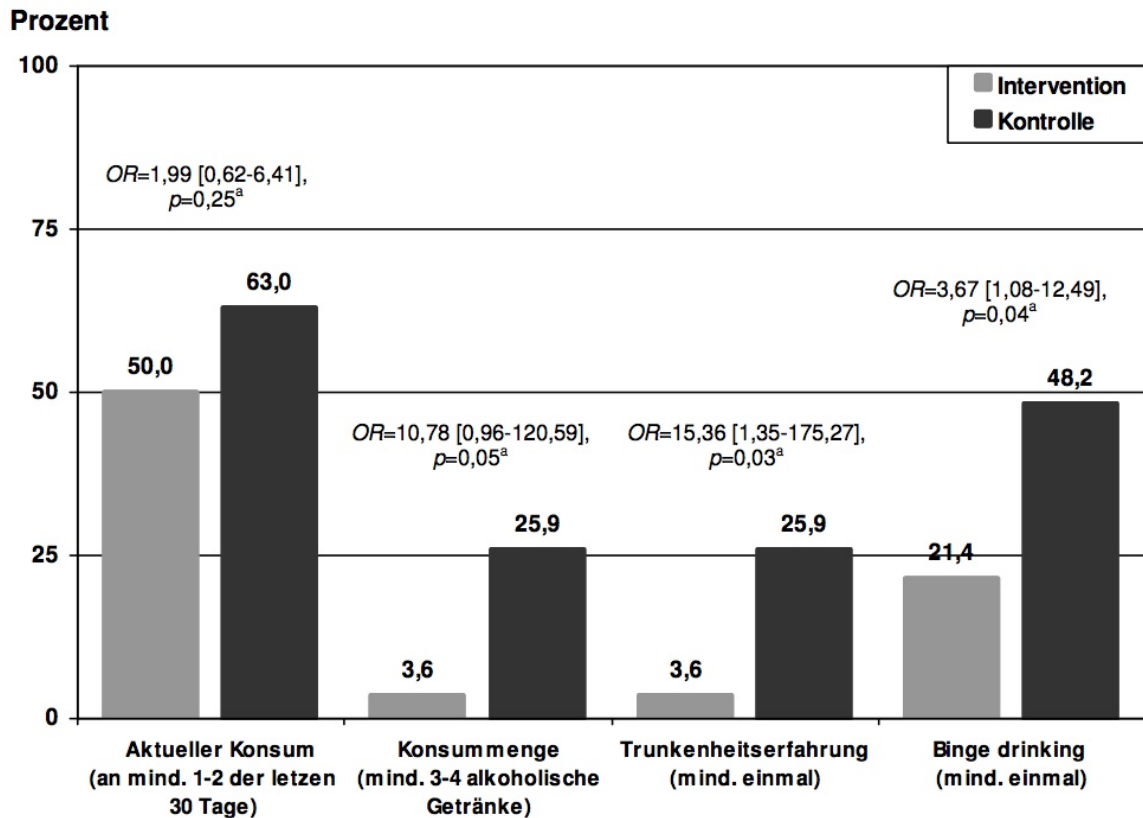


Abb. 3: Umfrage Ergebnis Alkoholkonsum 3 Jahre nach Intervention von Klasse 2000<sup>79</sup>

Die Ergebnisse der Umfrage bei ehemaligen Teilnehmern von Klasse2000 zu ihrem Alkohol Konsumverhalten 3 Jahre nach dem Ende des Projekts sind in Abb. 4 zu sehen. Die langfristige Auswirkung ist hiermit statistisch signifikant bewiesen für die Konsummenge, die Trunkenheitserfahrung (schwankendes Laufen, Probleme beim Sprechen und Gedächtnislücken<sup>80</sup>) und das Binge drinking (Konsum von mindestens 5 alkoholischen Getränken am selben Abend<sup>81</sup>). Die Minimierung des Risikofaktors - Konsum der psychotropen Substanz Alkohol- ist für die frühen Jahre der Adoleszenz bei der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe in diesen 3 schädlichen Gebrauchsweisen als Möglichkeit der Suchtprävention anzusehen. Speziell für LKP

<sup>79</sup> Maruska, K./ Isensee, B./ Hanewinkel, R.: Das Unterrichtsprogramm Klasse2000. Effekte auf Substanzkonsum und Gesundheitsverhalten 3 Jahre nach Ende der Intervention. Abschlussbericht. Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung, Kiel 2012, 18

<sup>80</sup> vgl. ebenda, 17

<sup>81</sup> vgl. ebenda, 17

ist auch in anderer Literatur<sup>82</sup> ein vergleichbarer Effekt der Veränderung des Binge drinking und Trunkenheitserfahrung nachgewiesen und somit bei Klasse2000 kein Einzelfall sondern ein Beweis für die Wirksamkeit hinsichtlich Prävention riskantem Konsums von Alkohol.

Laut dem Alkoholsurvey<sup>83</sup> der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gehören zu den Auffälligkeiten im Vergleich zu dem allgemeinen Trend des Konsumrückgangs, dass die Verbreitung des Konsums von für Erwachsene gesundheitlich riskanten Alkoholmengen nach vier Altersgruppen und Geschlecht<sup>84</sup> in den letzten Jahren stagnieren oder Tendenzen zum Anstieg zeigen. Im Jahr 2016 gab auch jeder siebte (14,1%) einen Tag mit Rauschtrinken innerhalb des letzten Monats vor der Umfrage an.

Vergleicht man die zwei Evidenzen und zieht die kontinuierlich steigende Anzahl an Teilnehmern an den Verhaltenspräventiven Maßnahmen von Klasse2000 mit in Betracht, kann die Möglichkeit abgeleitet werden, dass zukünftig die deutschlandweite Tendenz des riskanten Alkoholkonsums sinkt. Damit unterstützt das Programm die deutsche Suchtprävention in einem kleinen Bereich.

### **3.2 Risikofaktor Digitale Medien/ Internet**

In der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik<sup>85</sup> gehört zu den Zielsetzungen der Bundesregierung in der Rubrik der Onlinesucht die frühzeitige Stärkung der Medienkompetenz von Kindern. Für die Umsetzung werden Unterstützungsangebote für Eltern und Lehrer als Maßnahmen genannt. Klasse2000 bietet dafür die optimalen Grundvoraussetzungen. Lehrer erhalten fertig ausgearbeitete Manuskripte für die Stundendurchführung mit Beschreibungen zum Kontext der zu behandelnden Thematik. Die Eltern sind theoretisch durch Elternbriefe und Elternabende auch integriert am Programm. Erste Integration zu dem Risikofaktor Digitale Medien ist in der 4. Klasse (vgl. Kapitel 2.6.3) des Programms schon mit dem Thema Bildschirmmedien vorgesehen.

Laut der BLIKK Studie fühlen sich 70% der Eltern mit dem Medienkonsum der Kinder unsicher<sup>86</sup> und ebenfalls 70% der Eltern lassen ihre Kinder im Kita-Alter ihr Handy länger als eine halbe Stunde am Tag nutzen, 90% davon sogar unkontrolliert.<sup>87</sup> Die

<sup>82</sup> vgl. Isensee/ Masurka/ Hanewinkel 2015, 135

<sup>83</sup> vgl. Orth/ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2017

<sup>84</sup> vgl. Maruska/ Isensee/ Hanewinkel 2012, 42

<sup>85</sup> vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung/ Bundesministerium für Gesundheit 2012, 44 ff.

<sup>86</sup> vgl. Porcher-Spark 2017, 7

<sup>87</sup> vgl. Ludwig 2017

gesundheitlichen folgen können sich durch Einschlaf-, Konzentrations- und Sprachstörungen bemerkbar machen. Die Sorgen und der, aus diesen Zahlen sprechende, Wissensmangel zu Effekten des Konsums von Eltern Seite kann von Klasse2000 aufgegriffen werden. Es besteht die Möglichkeit einen Elternabend speziell zur Thematik in das Programm zu integrieren. Die Präventionsmaßnahmen aus Abb. 5. müssen dafür in das Lehrermanuskript und den Elternbrief ergänzt werden. Die Punkte unter Verhaltensprävention können ausgeschlossen werden, da diese Inhalte bereits im Programm beinhaltet sind. Durchgeführt wird der Elternabend im Optimalfall von den Klassenlehrern. Diese müssen dann dafür aber im Einführungsmanual die Anleitung dazu bekommen.

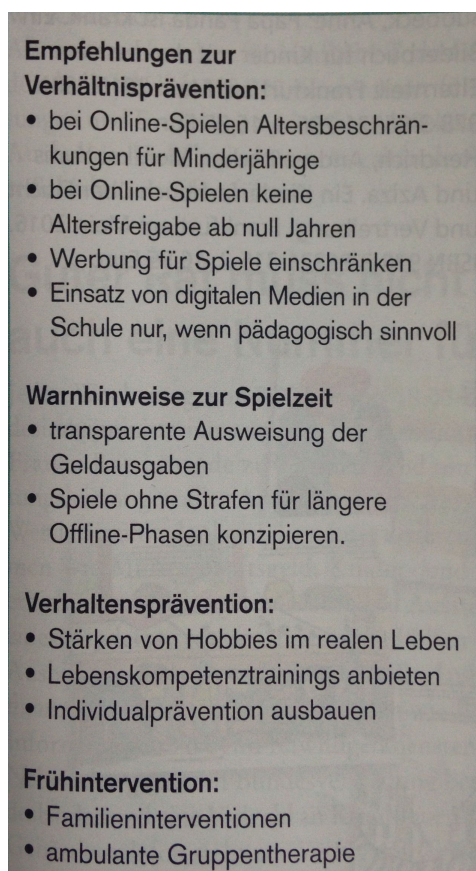


Abb. 4.: Empfehlungen zu Prävention der Internetsucht<sup>88</sup>

Ein weiteres Ziel der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik ist die Gewinnung von verlässlichen Erkenntnissen zu der Verbreitung der Onlinesucht. Dies kommt aus dem Kontext, dass in dem für Deutschland relevanten Klassifikationskatalog, dem ICD-10-GM, noch keine Form der Medien- oder Internetsucht aufgenommen ist. Den ersten Schritt hin zu der medizinischen Anerkennung hat 2013 die American Psychiatric Association vorgenommen. Sie hat die Diagnose internet gaming disorder (Internetcomputerspielsucht) im DSM-5 (5. Auflage des Diag-

<sup>88</sup> Porcher-Spark 2017, 7

nostic and Statistical Manual of Mental Disorders) aufgenommen.<sup>89</sup> Erstmal ist es nur als ein Störungsbild aufgenommen zusammen mit Forschungskriterien, die für die weiterführende Forschung genutzt werden sollen. Möchte Klasse2000 die Möglichkeit nutzen und das Ziel der Gewinnung von verlässlichen Erkenntnissen zu der Verbreitung der Onlinesucht unterstützen, kann es dies in einer der kontinuierlich laufenden Evaluationen integrieren. Eine Umfrage, die den Medienkonsum oder die Internetnutzung der Klasse2000 Interventionsgruppe untersucht ist bis heute noch nicht veröffentlicht. Hier besteht also großes Entwicklungspotential die Forschung in der Suchtprävention voranzutreiben.

Eine indirekte Möglichkeit, dass Klasse2000 Teilnehmer weniger digitale Medien oder das Internet nutzen kann das Ergebnis einer Untersuchung sein. Einen Hinweis auf das Freizeitverhalten gibt die Untersuchung der Universität Bielefeld zum Bewegungsverhalten<sup>90</sup>. In diesem Rahmen wurde die Veränderung der sportlichen Aktivität der Kinder im Sportverein, außerhalb des Sportvereins und Freien erfragt. Das Ergebnis zeigt, dass in keiner der drei Kategorien die Anzahl, derjenigen die sich in ihrem Bewegungsverhalten verbessert haben, über 20% liegt. Anhand der Auswertung ist ebenfalls zu sehen, dass die Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe nicht signifikant unterschiedlich sind, wodurch die Wirksamkeit im Bereich der Bewegungsförderung nicht nachgewiesen wurde. Auch wenn diese Umfrage das Bewegungsverhalten analysieren will und hier keinen Effekt ausmachen konnte, gibt es in den Zahlen den Hinweis, darauf, dass ein kleiner Anteil mehr Bewegung/Sport draußen treibt als zu Beginn der Intervention. Jegliche Zeit, die durch Bewegung des eigenen Körpers draußen verbracht wird, kann nicht für den Konsum digitaler Medien verwendet werden. Simultan von einem digitalen Medium eingenommen werden und Sport draußen oder im Verein ausführen, ist nicht möglich. Dieser Argumentation zu folge, besteht die Möglichkeit, dass Klasse2000 Kinder aus den verhaltensbezogenen präventiven Maßnahmen lernen, wie wichtig die Bewegung für das Wohlbefinden ist.

---

<sup>89</sup> vgl. Petry, N./ O'Brian, C.: Internet gaming disorder and the DSM-5. In: Addiction, Jg. 108, Nr. 7/2013, 1186

<sup>90</sup> vgl. Kolip/ Greif 2016



### 3.3 Rechtliche Rahmenbedingungen für schulische Präventionsmaßnahmen in Deutschland

#### 3.3.1 Schulgesetze

Als Programm integriert in den Klassenalltag und Stundenplan von erster bis vierter Klasse, und vielen ersten Erfolgsdokumentationen in den 25 Jahren Bestehen, kommt die Frage auf, ob die Möglichkeit besteht das Programm fest in die Schulgesetzgebung bundesweit zu integrieren.

Jede Schule in Deutschland hat gesetzlich den Auftrag zur Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung der Kinder- und Jugendlichen.<sup>91</sup> In diesen Bereich fällt auch die Suchtprävention. Da die Schulgesetzgebung der Länderhoheit unterliegt ist dieser Auftrag „in unterschiedlichem Ausmaß und zum Teil recht allgemein in den Schulgesetzen der Bundesländer festgeschrieben“<sup>92</sup> Das Problem der Bildungshoheit der Länder grenzt die Suchtprävention in gewisser Weise ein, da es einen Mangel an national einheitlichen Strukturen für schulische Gesundheitsförderung gibt.<sup>93</sup> Gesetzliche Maßnahmen für Bildungsinitiativen (z.B. Suchtaufklärung) unterliegen der rivalisierenden Gesetzgebung zwischen Bund und Ländern. Für die Förderung von Angeboten zur Suchtprävention inklusive Ressourcenvergabe sind die Sozialversicherungsträger und die Kommunen zuständig. „Als Körperschaften des öffentlichen Rechts unterliegen sie der staatlichen Rechtsaufsicht, nicht jedoch der staatlichen Fachaufsicht.“<sup>94</sup> Hier tritt dann eine Hemmschwelle: das Ressourcen Problem auf. „Der Bund ist grundsätzlich gehindert, Regelaufgaben der Länder zu übernehmen beziehungsweise zu finanzieren; die Länder ihrerseits sind durch Art. 28 Abs. 2 GG gehindert, fachlich-konzeptionell oder organisationsprägend in die Selbstverwaltung der Kommunen einzugreifen.“<sup>95</sup> Das ergibt ein Problem zwischen Schulministerium Länder- Kommunalentscheidungen und der Machtgabe des Bundes, die die feste Verankerung suchtpreventiver Maßnahme in Schulen abhält. Klasse2000 auf langfristige Sicht fest in das Schulgesetz zu verankern, ist eine Hürde, die nicht überwunden werden kann, solange die Länderhoheit über die Schulministerien besteht.

#### 3.3.2 Präventionsgesetz

Der Abschnitt „zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen beauftragt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Bundeszentrale für

<sup>91</sup> Dadaczynski, K. et al.: Gesundheit im Kontext von Bildung und Erziehung - Entwicklung, Umsetzung und Herausforderungen der schulischen Gesundheitsförderung in Deutschland. In: Zeitschrift für Bildungsforschung, Jg. 5, Nr. 2/2015, 199 f.

<sup>92</sup> ebenda, 199 f.

<sup>93</sup> vgl. ebenda, 200

<sup>94</sup> Schmidt 2004, 23

<sup>95</sup> ebenda, 23

gesundheitliche Aufklärung ab dem Jahr 2016 insbesondere mit der Entwicklung der Art und der Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation“ befähigt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung neuerdings mit geeigneten Partnern zu kooperieren. Das ist so in der Gesetzgebung als neu ausgeschrieben, dabei besteht seit den 1990er Jahren „der bei der BZgA angesiedelte Bund-Länder-Koordinierungskreis Suchtprävention. Dieses Gremium dient dem wechselseitigen Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den für die Suchtprävention zuständigen Ländervertretern und der BZgA. Seine vornehmliche Aufgabe liegt in der Entwicklung von Leitlinien sowie der Verbesserung und Koordinierung der Suchtprävention.“<sup>96</sup> Hier kommt die Frage auf, wieso der Fortschritt der Umsetzung, der vom PräVG neu geförderten Koordinationsnetzwerke zwischen Ländern, Kommunen, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und individuellen Trägern, nicht schneller verläuft. Positiv für Klasse2000 an der neuen Verantwortung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist, dass das Programm jetzt Bundesmittel zur Verfügung gestellt bekommt und mit dieser Hilfe die Zielgruppe deutschlandweit stark ausbauen kann. Weiterhin bekommt es damit mehr nationale Aufmerksamkeit und hat das Potential den Modellprojekt Charakter abzulegen. Stattdessen könnte es Vorreiter für eine landesweite Maßnahme zur Suchtprävention werden.

Die Rechtsprechung übergibt den Krankenkassen die Hauptverantwortung über die Prävention in Deutschland. Betrachtet man die grundsätzlichen Hauptaufgaben dieser, sind sie strukturell nicht auf die Aufgaben der Prävention vorbereitet. Sie agieren entsprechend den Bestimmungen der Sozialgesetzgebung. Laut §1 SGB V hat „[d]ie Krankenversicherung ... die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.“<sup>97</sup> Die ursprüngliche Hauptaufgabe der Krankenkassen ist die Bereitstellung der finanziellen Mittel für Maßnahmen der Kuration/ Heilung kranker Versicherter. Ebenfalls der Namen Kranken - Kasse lässt darauf schließen, dass ihre Tätigkeit erst nach eintreten einer Krankheit und den damit zusammenhängenden Einschränkungen im Alltag der Versicherten beginnt. Um diesem Dilemma entgegen zu wirken, hat der GKV Spitzenverband im Juni 2000 begonnen den Leitfaden Prävention<sup>98</sup> zu veröffentlichen, der regelmäßig erweitert und den Gesundheitsreformen mit Veränderungen der Sozialgesetzgebung angepasst werden. Er verhilft den Krankenkassen die Leistungen im Bereich der Primärprävention auszubauen. Der Prozess der Anpassung von Bezahlung der Krankenversorgung hin zu der Bereitstellung finanzieller Mittel für der Prävention von Gesunden dauert. Die Argumentation der Krankenkasse

---

<sup>96</sup> Schmidt 2004, 22

<sup>97</sup> SGB V (idF v. 4.4. 2017), §1

<sup>98</sup> vgl. GKV-Spitzenverband: Leitfaden Prävention. idF v. 09.01.2017, 6

präventive Maßnahmen in beispielsweise Schulen zu finanzieren unterstützt PräVG § 20 (4) 2.: „Leistungen [...] werden erbracht als [...] Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte [...]“<sup>99</sup> Der kleine Teil, der den gesetzlich Versicherten erwähnt ist problematisch. Da es in Grundschulklassen aber keine Differenzierung zwischen gesetzlich und privat Versicherten gibt, können die gesetzlichen Krankenkassen Ihre Unterstützung bestreiten aus dem Grund, dass das Projekt auch Kinder, die nicht bei Ihnen versichert sind, inkludiert. Da die Krankenkasse mit der Einführung des Präventionsgesetzes jedoch beauftragt ist, pro Versicherten einen Betrag von 7 Euro pro Jahr auszugeben kann Klasse2000 weiterhin die Möglichkeit der Unterstützung von gesetzlichen Krankenkassen erwarten.

### 3.4 Grundschule als Setting

Die Grundschule als Ort der Intervention für Präventionsmaßnahmen birgt große Möglichkeiten. Für gesundheitsbezogene Verhaltensweisen des Erwachsenenalters werden im Kindesalter die Wegweiser gelegt.<sup>100</sup> „Bereits in dieser Altersklasse werden Lebensstile ausgebildet, die für das weitere Leben handlungsleitend bleiben.“<sup>101</sup> In Grundschulen sind Kinder aus allen sozialen, kulturellen und gesellschaftlichen Gruppierungen vorzufinden aufgrund der Schulpflicht. Das bedeutet, dass das Spektrum der Erreichbarkeit für den Ansatz der Suchtprävention sehr groß ist. Den Primarbereich durchgehen alle in Deutschland lebenden Kinder (ausgenommen derjenigen, die zu Hause unterrichtet werden) gemeinsam, wodurch ein herkunftsunabhängiger und sozio-kultureller Mix an Personen vorherrscht.

Klasse2000 hat die Möglichkeit auch Kinder aus sozial benachteiligten Gruppen zu erreichen. Das haben Storck, Dupréé, Bölskei nachgewiesen.<sup>102</sup> Besonders durch die Weiteren Finanzierungsspritzen, die das PräVG Klasse2000 ermöglicht, ist selbst die Finanzierungsfrage an finanziell ärmeren Schulen erleichtert.

<sup>99</sup> PräVG (idF v. 17.07.2015), §20 (4) 2.

<sup>100</sup> vgl. Matern, S.: Gesundheitsförderung in der Grundschule – Möglichkeiten und Grenzen bei der Zusammenarbeit mit außerschulischen Institutionen am Beispiel eines vierjährigen Evaluationsprojekts. Dissertation, Fakultät für Bildungswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, 2010, 9

<sup>101</sup> ebenda, 9

<sup>102</sup> Storck/ Dupréé/ Bölskei 2008, 95-102

<b>Tab. 1 Merkmale von Klasse2000 im Hinblick auf Good-Practice-Kriterien</b>	
<b>Theoretische Fundierung</b>	Klarer Zusammenhang (methodisch und inhaltlich) zur Prävention und Gesundheitsförderung, Vermittlung von Lebenskompetenzen (effektivste Methode der Primärprävention von Sucht), Vermittlung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen mit interaktiven Methoden
<b>Zielgruppe</b>	Setting Grundschule, um Kinder aus allen sozialen Gruppen gemeinsam frühzeitig zu erreichen
<b>Innovation und Nachhaltigkeit</b>	Kooperation von Lehrern, Paten, Eltern und externen Experten als innovatives Konzept zur Förderung einer konzepttreuen Umsetzung in der Praxis und einer regionaler Vernetzung, nachhaltige Umsetzung über 4 Jahre der Grundschulzeit
<b>Integriertes Handlungskonzept und Vernetzung</b>	Gesundheitsförderer als Multiplikatoren setzen gemeinsam mit den Lehrkräften das Programm um, Qualifikation der Gesundheitsförderer durch jährliches Schulungsangebot, Einbindung qualifizierter Fachkräfte vor Ort (z. B. Ärzte, Gesundheitspädagogen, Mitarbeiter von Fachstellen), Finanzierung durch Patenschaften, Vernetzung regionaler Strukturen durch die gemeinsame Förderung von Gesundheit
<b>Niedrigschwelligkeit</b>	Setting Grundschule ermöglicht frühzeitiges Zugehen auf die Zielgruppe in ihrer Lebenswelt auf Schul- bzw. Klassenebene Barrieren durch die Notwendigkeit der Finanzierung
<b>Partizipation, Empowerment und Settingansatz</b>	Im Schwerpunkt verhaltenspräventive Maßnahme, Elternarbeit als integraler Bestandteil des Programms, Unterstützung struktureller Maßnahmen im schulischen Setting, Schulleiter werden durch einen Leitfaden zur Schulentwicklung konzeptuell unterstützt
<b>Qualitätsentwicklung und Evaluation</b>	Kontinuierliche Evaluation durch den Verein Programm Klasse2000 e.V., häufig in Kooperation mit anderen Einrichtungen, jährliche Prozessevaluation als Grundlage für die Überarbeitung des Programms

Abb. 6: Merkmale von Klasse2000 im Hinblick auf Good-Practice-Kriterien<sup>103</sup>

Abb. 6 zeigt die Bewertung von Klasse2000 als Präventionsmaßnahme im Hinblick auf die Verminderung sozialer Ungleichheit nach den Good-Practice-Kriterien des Arbeitskreis Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.<sup>104</sup>

<sup>103</sup> Storck/ Dupréé/ Bölskei 2008, 97

<sup>104</sup> vgl. Storck/ Dupréé/ Bölskei 2008, 97

## 4. Diskussion

### 4.1 Entwicklungsmöglichkeiten

Seit 25 Jahren werden Kinder erfolgreich zu gesundheitsfähigen Grundschulern durch das Projekt Klasse2000 ausgebildet.<sup>105</sup> Wissenschaftliche Evaluationen beweisen, dass die Teilnehmer seltener Tabak und Alkohol konsumieren und ein größeres Gesundheitswissen aufweisen<sup>106</sup> oder in einem besseren Klassenklima arbeiten<sup>107</sup>. Mittlerweile hat Klasse2000 eine Größe erreicht, die kein anderes vergleichbares Präventionsprogramm derzeit aufweist. Neben der Gesundheitsprävention und Gewaltprävention gibt sich Klasse2000 auch als Suchtpräventionsprogramm aus. Wer sich als Suchtpräventionsprogramm ausgibt und eine solche Größe an Teilnehmern in Deutschland hat, sollte sich in der Evaluation nicht ausschließlich auf Alkohol und Tabak (den legal zugänglichen Mitteln) beschränken. Der Verhaltensbezogene stoffunspezifische Ansatz der LKP Methodik, die angewandt wird, kann im Rahmen von Klasse2000 für die deutsche Suchtforschung sehr hilfreich und aufschlussreich sein. In den Auswertungsfragebögen, v.a. die Langzeiteffektmessung (36 Monate nach Teilnahme an Klasse2000) können leicht Fragen zu illegalen Drogen (Marihuana, Kokain, etc.), Medikamenten oder Internet(spiel)/-mediensucht aufgeführt werden. Darauf aufbauend könnten Schlüsse über die Auswirkungen auf das gesamte Suchtspektrum der medizinischen Forschung gezogen werden. Eine weitere Bandbreite der Wirksamkeit könnte mit diesen Ergebnissen bewiesen werden. Suchtpolitisch würden damit Ziele erfüllt werden, die Präventions- und Suchtforschung kann weiter wachsen, die Pädagogik, Medizin, Psychologie, Politik und Sportwissenschaft könnte von den Forschungsergebnissen profitieren.

Bei der Analyse der Evaluationsstudien muss beachtet werden, dass sich diese in der Regel im Hinblick auf die Suchtprävention auf Alkohol und Tabakkonsum/-Konsumprävalenz beschränken. Inwieweit die Stärkung der Persönlichkeit durch Lehre von Lebenskompetenzen eine Gesamtwirkung auf suchartigen Konsum anderer Substanzen oder suchartiger Verwendung des Internets/Medien im allgemeinen hat, kann daraus nicht abgeleitet werden. Es sollte hier kein direkter Bezug hergestellt werden, der eine ähnliche Wirkung auf den Konsum anderer Suchtmittel als Alkohol und Tabak verspricht.

Die Möglichkeiten, die sich mit dem neuen Präventionsgesetz eröffnet haben, bieten auch weitere Ausbaumöglichkeiten. Beispielsweise Finanzierung in eine Erweiterung. Da vorschulische Präventionsprogramme (Frühe Hilfen) im Setting

<sup>105</sup> vgl. Dokter, A.: Gesunde Kinder. In: GesundheitsWirtschaft. Jg. 9, Nr. 4/2015

<sup>106</sup> vgl. ebenda, 15

<sup>107</sup> vgl. Kolip/ Greif 2016, 3

Kindergarten im Vergleich als am erfolgreichsten erwiesen sind<sup>108</sup>, könnte in diesen Bereich ausgebaut werden. Alternativ wären auch Programme für Eltern zu entwickeln. Die Schulung von Eltern birgt die Möglichkeit die Interventionen auf das soziale Umfeld der Familie zu erweitern. Ebenfalls öffnet sich dadurch eine zweite Lebenswelt und vergrößert das Umfeld der Kontaktpunkte zu den Maßnahmen im gesamten Alltag. Lebenskompetenzen erlernen die Kinder zum Großteil auch aus dem eigenen Elternhaus. Ist diesem die Information, die das Kind in der Schule lernt, nicht präsent, können sie keine Vorbildfunktion einnehmen.

Eine weiterer Entwicklungsbedarf besteht bei der Beweisführung, dass Klasse2000 die Persönlichkeit und soziale Kompetenz stärkt. In der Untersuchung der Universität Bielfeld ergab sich, dass sich das Wohlbefinden und die soziale Kompetenz der teilnehmenden Kinder nicht von der Kontrollgruppe unterscheidet. Hier konnte also kein positiver Effekt des Programms Klasse2000 aufgezeigt werden. Hinsichtlich der Intention als Lebenskompetenzmodell, das zum Ziel die Stärkung der Persönlichkeit, der sozialen Kompetenz und Gesundheit (dazu zählt die persönliche Wahrnehmung mit Wohlbefinden) hat, kann man die spezifische Wirksamkeit hier in Frage stellen. Die Weiterentwicklung in diesem Bereich gibt auch der Suchtpräventionsforschung in Deutschland die Möglichkeit Schlüsse auf die Ursachen einer Suchtentwicklung oder eines Suchtauslösers zu ziehen.

### **4.3 Beantwortung der Forschungsfrage**

Aufgrund der Größe des Programms als in Deutschlands am weitesten verbreite zur Suchtprävention können Möglichkeiten und Grenzen herausgearbeitet werden.

Möglichkeiten zur Unterstützung der deutschen Suchtprävention birgt das Programm alkoholbezogen in Form der Senkung der Tendenz des derzeitig steigenden oder stagnierenden riskanten Alkoholkonsums, durch die frühzeitige Stärkung der Medienkompetenz von Kindern nach dem Ziel der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik die frühzeitige Stärkung der Medienkompetenz von Kindern, durch Integration der Eltern mit Hilfe von Elternabenden speziell zur Thematik Medienkonsum/ Internetgebrauch, durch die Unterstützung des Ziels der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik der Gewinnung von verlässlichen Erkenntnissen zu der Verbreitung der Onlinesucht.

Auf Grenzen in der Suchtprävention stößt das Programm auf die Länderhoheit bezüglich der Schulgesetze. Eine bundesweite Integration des Programms in den Schulalltag ist nicht durchzusetzen.

---

<sup>108</sup> Beelmann/ Pfof/ Schmitt 2014, 12

## **5. Schlussbetrachtung**

### **5.1 Zusammenfassung**

Die vorliegende Bachelorarbeit hat gezeigt, dass die Suchtprävention in Deutschland in von einer aufklärungs- und wissensvermittelnden zu einer komplexen verhaltensverändernden und Lebensstil bildenden Arbeit gewandelt ist. Suchtpolitisch steht die Primärprävention im Vordergrund. Die Interventionen sollen frühzeitig und in die Lebenswelt der Menschen integriert werden. Die Schule hat sich in Deutschland als favorisierter Ort für die Durchführung von Suchtpräventionsprogrammen entwickelt. Schulkinder befinden sich während der Schulzeit in einer prägenden Phase der Charakter- und Persönlichkeitsbildung. Dort will die Suchtprävention eingreifen und Kindern bei der Entwicklung von Gesundheits- und Lebenskompetenzen stärken. Nicht nur das körperliche sondern auch das geistige und soziale Wohlergehen der soll ausgebaut werden. Klasse2000 hat sich auf die Intervention der Gesundheitsförderung, Gewalt- und Suchtprävention im Grundschulalter spezialisiert. Die Wirksamkeit ist nachgewiesen. Der Alkohol- und Tabakkonsum ist auch nachhaltig geringer bei Teilnehmenden Kindern als in der Kontrollgruppe. Möglichkeiten, wie das Programm die Suchtprävention in Deutschland unterstützen kann liegen in der Reduktion des Konsums von für Erwachsene gesundheitlich riskanten Alkoholmengen, in der Weiterentwicklung der Forschung zur Internetsucht und der Vergrößerung des Projektumfangs auf eine weitere Lebenswelt.

### **5.2 Einschränkungsfaktoren**

Die erhobenen Daten und Fakten von Umfragen zum Substanzmittelkonsum bei Kindern- und Jugendlichen müssen kritisch betrachtet werden. Es spielt bei den Antworten eine psychologische Komponente mit, die den Wahrheitsgehalt über tatsächlich konsumierte Mengen aufgrund der Illegalität und der erhofften Nicht-Offenbarung eines illegalen Konsums verfälscht. Eine gewisse Dunkelziffer ist auf die öffentlichen Daten zu addieren.

In den Untersuchungen des Projekts Klasse2000 zur Suchtmittelkonsumprävalenz beziehen sich die Ergebnisse ausschließlich auf das Konsumverhalten im allgemeinen und nicht auf die Störungen im klinischen Sinn der Abhängigkeit und des Missbrauchs. Für Schlussfolgerungen mithilfe der allgemeinen Suchtdefinition können dadurch Effekte der Interventionen nachgewiesen werden, möchte man aber die Wirksamkeit aus medizinischer Sicht, also eine Reduktion der Abhängigkeit (s. Kapitel 2.2.3), nachweisen, bedarf es differenzierterer Evaluationsansätze.

Da die Follow-up Untersuchungen maximal 36 Monate nach der Interventionphase durchgeführt sind und die Teilnehmer sich noch in der frühen Adoleszenz

befinden, sind die Schlussfolgerungen auf das Verhalten während der gesamten Adoleszenz eingeschränkt gültig. Trotzdem sollten die Ergebnisse positiv bewertet werden und als Anregung dienen, weitere Follow-Up Studien mit größeren Zeitintervallen durchzuführen.

Weiterhin kritisch zu betrachten ist, dass in Artikeln aus Fachzeitschriften teilweise mehr positive Effekte als Negativeffekte oder keine Auswirkungen erwähnt werden. Obwohl dem entgegen gearbeitet wurde mit der Recherche nach den Original Studien Abschlussberichten, kann die Tendenz nicht negiert werden.

Letztlich ist wichtig zu wissen, dass in Konzeptentwicklung zum Teil mit Studien aus den USA/ dem angloamerikanischen Raum gearbeitet wurde. Das Wertesystem der nicht deutschen Kulturen hat Einfluss auf die Auswirkung der Anwendung der Studienergebnisse auf Zielgruppen im deutschen Umfeld.

### 5.3 Ausblick

Das Forschungsfeld der Wirksamkeit von Prävention wird immer mit viel Diskussion und Vermutungen einhergehen. Der Grund ist das Problem des Wirksamkeitsnachweis von Prävention. In Anlehnung an die Definition von Schmidt<sup>109</sup> hat gute/ wirksame Prävention ein unsichtbares Ergebnis. Die Präventionsmaßnahme findet am Gesunden statt, der nach der Intervention weiterhin gesund ist. Dadurch ist eine Erfolgsmessung sehr vage. Im Vergleich dazu kann bei der Kuration eines Erkrankten nach der Intervention ein genesener Körper präsentiert werden.

„Prävention wird ihre Wirksamkeit nicht immer mithilfe der klassischen epidemiologischen Verfahren nachweisen können. [...] Die Aussagekraft von auf Effektstärken ausgerichteten Ursache-Wirkungs-Studien wird aufgrund komplexer Kontextfaktoren in der Prävention immer begrenzt bleiben.“<sup>110</sup>

Die deutschlandweite Präventionspolitik wird nach der Veröffentlichung des ersten Präventionsbericht im Juli 2019 hoffentlich auf vier erfolgreiche erste Jahre mit dem Präventionsgesetz zurückblicken. Daraus werden neue Ziele gesetzt und erste Erfolge in schnelleren Umsetzungen von suchtpreventiven Maßnahmen gewonnen werden. In der Hoffnung, dass die gewünschte intersektorale Netzwerkbildung, vielen kleinen lokalen Akteuren die Türen zu einem erfolgreichen Umsetzen ihrer Zielvorstellungen in der Prävention verhilft, wird den Entwicklungen mit Spannung entgegen gesehen.

Da bis dato nur eine kleine Anzahl aussagekräftiger Wirksamkeitsstudien und Meta-Analysen von Programmen oder Projekten der Suchtprevention im und aus

---

<sup>109</sup> vgl. Schmidt 2004, 15 f.

<sup>110</sup> ebenda, 18



dem deutschsprachigen Raum vorzufinden ist, bedarf es in diesem Bereich zukünftig Aufholbedarf von Evaluationsstudien.

Klasse2000 benötigt für die zukünftige Weiterentwicklung und Verbesserung des Projekts hinsichtlich der Suchtprävention in Deutschland in erster Linie eine Studie, die das Medien- und Internetnutzungsverhalten der Teilnehmer misst und analysiert.

## Literaturverzeichnis

### Bücher

Bühler, A./ Kröger, C.: Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 29, Köln 2006.

Bühler, A./ Thrul, J.: Expertise zur Suchtprävention. Aktualisierte und erweiterte Neuauflage der »Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs«. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 46, Köln 2013.

Greca, R. / Schäfferling, S. / Siebenhüter, S.: Gefährdung Jugendlicher durch Alkohol und Drogen. Eine Fallstudie zur Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen. Wiesbaden 2009

Gross, W.: Sucht ohne Drogen. Arbeiten, Spielen, Essen, Lieben. 2. Auflage, Frankfurt 2003.

Hurrelmann, K./ Klotz, T./ Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4. Auflage, Bern 2014.

Jessor, R.: Problem Behavior Theory: A half-century of research on adolescent behavior and development. In: Lerner, R. M. et al. (Hrsg.): The developmental science of adolescence. History Through Autobiography. New York/ East Sussex 2014, 239–256.

(Jessor, R.: The Origins and Development of Problem Behavior Theory. The Collected Works of Richard Jessor (Volume 1). Advancing Responsible Adolescent Development, Band 19, Schweiz 2016, DOI: 10.1007/978-3-319-40886-6.)

Loss, J./ Eichhorn, C.: Prävention und Gesundheitsförderung. In: Nagel, Eckhard (Hrsg.): Das Gesundheitswesen in Deutschland. 5. Auflage, Köln 2013, 215-227.

Mann, K./ Havemann-Reinecke, U./ Gaßmann, R. (Hrsg.): Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends-Grundlagen-Maßnahmen. Freiburg 2007.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V./ GKV-Spitzenverband (Hrsg.): Präventionsbericht 2016. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2015. Berlin 2016.

Petermann, H / Roth, M.: Suchtprävention im Jugendalter. Interventionstheoretische Grundlagen und Entwicklungspsychologische Perspektiven. Weinheim und München 2006.

Schmidt, B: Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland. Grundlagen und Konzeption. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 24, Köln 2004.

Schmidt, B./ Hurrelmann, K. (Hrsg.): Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Ein Handbuch. Opladen 2000.

Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur. Allgemeinbildende Schulen Schuljahr 2015/2016. Fachserie 11, Reihe 1, Wiesbaden 2017a.

Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur. Schnellmeldungsergebnisse zu Schülerinnen und Schülern der allgemeinbildenden und beruflichen Schulen - vorläufige Ergebnisse - Schuljahr 2016/2017. Fachserie 11, Reihe 1 und 2, 2017b.

Röhrle, B.: Evaluationsprogramme zu Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention - was können sie leisten?. In: Sachverständigenkommission 13. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.): Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe. München 2010, 69-153.

GKV-Spitzenverband: Leitfaden Prävention. idF v. 09.01.2017.

### **Hochschulschriften**

March, A.: Sport in der Suchtgesellschaft-Suchttendenzen im Sport. Prävention und Identität im Fluchtpunkt zweier Moderne-Konzeptionen. Genehmigte Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Philosophie an der Universität Hannover, Göttingen und Hannover 2004.

Maruska, K.: Suchtprävention in der Grundschule. Effekte der Programme Eigenständig werden und Klasse2000. Inauguraldissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Naturwissenschaften der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Greifswald 2011.

Matern, S.: Gesundheitsförderung in der Grundschule – Möglichkeiten und Grenzen bei der Zusammenarbeit mit außerschulischen Institutionen am Beispiel eines vierjährigen Evaluationsprojekts. Dissertation, Fakultät für Bildungswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, 2010.

Pöhlmann, C.: Hindernisse und unterstützende Faktoren bei der Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogramms Klasse2000. Eine qualitative Studie zur Prozessevaluation. Masterarbeit im Studiengang Public Health der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Bielefeld 2014.

### **Sonstige Schriften**

Bartsch, G./ Kreider, C./ Raiser, P.: DHS Factsheet. Alkohol und Jugendliche. Hamm 2016.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.): Aktionsplan Drogen und Sucht. Berlin 2003.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung/ Bundesministerium für Gesundheit: Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Berlin 2012.

GKV-Spitzenverband, DRV, DGUV, SVLFG: Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V. 2016.

Isensee, B./ Hanewinkel, R.: Klasse2000. Evaluation des Unterrichtsprogramms in Hessen. Abschlussbericht. Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung, Kiel 2009.

Kolip, P./ Greif, N.: Evaluation Programm Klasse2000. Zusammenfassender Abschlussbericht. Universität Bielefeld, Bielefeld 2016.

Maruska, K./ Isensee, B./ Hanewinkel, R.: Das Unterrichtsprogramm Klasse2000. Effekte auf Substanzkonsum und Gesundheitsverhalten 3 Jahre nach Ende der Intervention. Abschlussbericht. Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung, Kiel 2012.

Maruska, M./ Isensee, B./ Hanewinkel, R.: Das Unterrichtsprogramm Klasse2000. Welche Effekte gibt es über die Grundschulzeit hinaus? Abschlussbericht. Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung, Kiel 2010.

Orth, B./ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Der Alkoholkonsum Jugendlicher und Junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends. BZgA-Forschungsbericht, Köln 2017.

Orth, B./ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln 2016.

Storck, C./ Beer, S.: Verein Programm Klasse2000 e. V. Theoretischer Hintergrund und Evaluationsergebnisse. 3. Auflage, Nürnberg 2013.

Verein Programm Klasse 2000 e. V. (Hrsg.): Jahres- und Wirkungsbericht 2015/2016. Nürnberg 2017.

## **Zeitschriften**

Beelmann, A./ Pfof, M./ Schmitt, C.: Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. Eine Meta-Analyse der deutschsprachigen Wirksamkeitsforschung. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, Jg. 22, Nr. 1/2014, 1-14, DOI: 10.1026/0943-8149/a000104.

Bühler, A.: Meta-Analyse zur Wirksamkeit deutscher suchtpräventiver Lebenskompetenzprogramme. In: Kindheit und Entwicklung, Jg. 25, Nr. 3/2016, 175–188, DOI: 10.1026/0942-5403/a000202.

Dadaczynski, K. et al.: Gesundheit im Kontext von Bildung und Erziehung - Entwicklung, Umsetzung und Herausforderungen der schulischen Gesundheitsförderung in Deutschland. In: Zeitschrift für Bildungsforschung, Jg. 5, Nr. 2/2015, 197-218, DOI: 10.1007/s35834-015-0122-3.

Dokter, A.: Gesunde Kinder. In: GesundheitsWirtschaft. Jg. 9, Nr. 4/2015, 14-16.

Dreier, M./ Wölfling, K./ Beutel, M. E.: Internetsucht bei Jugendlichen. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, Band 162, Nr. 6/2014, 496-502, DOI: 10.1007/s00112-013-3069-2.

Franzkowiak, P./ Schlömer, H.: Entwicklung der Suchtprävention in Deutschland: Konzepte und Praxis, In: Suchttherapie. Jg. 4, Nr. 4/2003, 175 - 182, DOI: 10.1055/s-2003-45525.

Hanewinkel, R.: Inhaltliche, konzeptionelle und organisatorische Bedingungen einer erfolgreichen schulischen Prävention des Rauchens. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, Jg. 8, 2003, 677-682.

Hollederer, A. / Bölskei, P. L.: Einsatz von Präventionsfachleuten im Grundschulprogramm Klasse2000. Kooperativer Unterricht im Programm Klasse2000. In: Gesundheitswesen, Jg. 63, Nr. 10/2001, 619-624, DOI: 10.1055/s-2001-17880.

Isensee, B./ Masurka, K./ Hanewinkel, R.: Langzeiteffekte des Präventionsprogramms Klasse2000 auf den Substanzkonsum. Ergebnisse einer kontrollierten Studie an Schülerinnen und Schülern in Hessen. In: SUCHT, Jg. 61, 3/2015, 127-137, DOI: 10.1024/0939-5911.a000365.

Jessor, R.: Risk Behavior in Adolescence. A psychosocial Framework for Understanding and Action. In: Journal of Adolescent Health, Jg. 12, Nr.8/1991, 597-605.

Maruska, K./ Isensee, B./ Hanewinkel, R.: Universelle Prävention des Substanzkonsums: Effekte des Grundschulprogramms Klasse2000. In: Sucht, Jg. 57, Nr. 4/2011, 301-312, DOI: 10.1024/0939-5911.a000114.

Petry, N./ O'Brian, C.: Internet gaming disorder and the DSM-5. In: Addiction, Jg. 108, Nr. 7/2013, 1186–1187, DOI: 10.1111/add.12162.

Porcher-Spark, A.: Internetabhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen. In: Kinder-Spezial. Zeitschrift über Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen. In Kooperation mit Kinderärztliche Praxis. Nr. 57/2017, 7.

Pöttgen, S. et al.: Wie wirksam sind schulbasierte Interventionen zur Prävention und/ oder Reduktion von Substanzkonsum bei Schülern/-innen in Grund- und Sekundarschulen? Eine systematische Übersicht vorhandener Reviews. In: Das Gesundheitswesen, Jg. 78, Nr.04/2016, 230-236, DOI: 10.1055/s-0035-1547275.

Schmid, R.: Klasse2000 erreicht über 1,3 Millionen Grundschulkinder. In: Kinderärztliche Praxis. Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin, Jg. 88, Nr. 3/2017, 145-210.

Storck, C./ Dupréé, T./ Bölskei, P. L.: Erreicht schulische Gesundheitsförderung Kinder aus sozial benachteiligten Gruppen?. In: Prävention und Gesundheitsförderung, Jg. 3, Nr. 2/2008, 95-102, DOI: 10.1007/s11553-008-0102-8.

Storck, C et al.: Zwischen Wunsch und Wirklichkeit: Die langfristige Umsetzung schulbasierter Präventionsprogramme in der Praxis am Beispiel Klasse2000. In: Prävention und Gesundheitsförderung, Jg. 2, Nr. 1/2007, 19-25, DOI: 10.1007/s11553-006-0044-y.

Tobler, N.S./ Stratton, H.H.: Effectiveness of School-Based Drug Prevention Programs. A Meta-Analysis of the Research. In: Journal of Primary Prevention, Jg. 18, Nr. 1/1997, 71-128, DOI: 10.1023/A:1024630205999.

Tobler, N.S. et al.: School-Based Adolescent Drug Prevention Programs. 1998 Meta-Analysis. In: The Journal of Primary Prevention, Jg. 20, Nr. 4/2000, 275–336, DOI: 10.1023/A:1021314704811.

### **Zeitungen**

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung et al.: Ergebnisse der BLIKK Studie 2017 vorgestellt: Übermäßiger Medienkonsum gefährdet Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Gemeinsame Pressemitteilung 29.05.2017, Berlin 2017.

Ludwig, K.: 600 000 Jugendliche gelten als internetabhängig. In: Süddeutsche Zeitung. Gesundheit. 30.05.2017.

### **Juristische Veröffentlichungen**

PrävG (idF v. 17.07.2015), In: Bundesgesetzblatt, Teil I, Jg. 2015, Nr. 31, 1368-1379.

### **Elektronische Quellen**

Thomas, R. E./ McLellan, J./ Perera, R.: Effectiveness of school-based smoking prevention curricula. systematic review and meta-analysis. In: BMJ Open, 5:e006976/2015, DOI: 10.1136/bmjopen-2014-006976.

### **Internetquellen**

Statistisches Bundesamt: Steuereinnahmen aus alkoholbezogenen Steuern in Deutschland nach Steuerarten von 2002 bis 2016 (in Milliarden Euro). In: Statista - Das Statistik-Portal, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/5387/umfrage/einnahmen-aus-alkoholbezogenen-steuern-seit-1995/>, [Zugriff am 06.05.2017].

DIMDI: ICD-10-GM Version 2017. Kapitel V, F00-F99, <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2017/chapter-v.htm>, [Zugriff am 15.03.2017]

## **ANHANG**

## Anhang 1

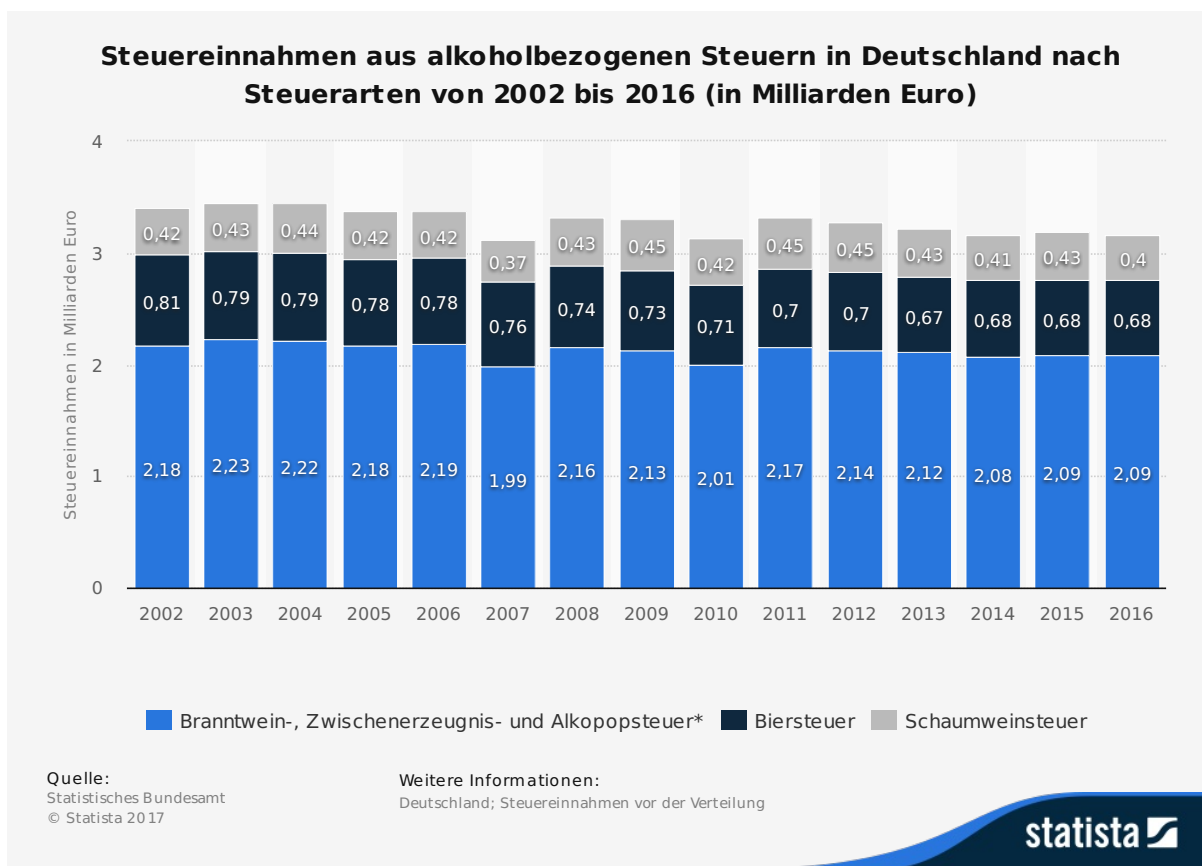
Ziel Gesund aufwachsen: Zielgruppen, Handlungsfelder, Beiträge der Mitgliedsorganisationen der NPK-Träger und zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen<sup>111</sup>

**Übersicht 1: Ziel Gesund aufwachsen: Zielgruppen, Handlungsfelder, Beiträge der Mitgliedsorganisationen der NPK-Träger und zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen**

<b>Zielgruppe</b>	<b>Handlungsfeld</b>	<b>Beiträge der beteiligten Sozialversicherungsträger</b>	<b>Zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen*</b>
Werdende und junge Familie	Familienbezogene Prävention und Gesundheitsförderung	<b>GKV:</b> Aktivitäten zur Umsetzung des lebensweltbezogenen Gesundheitsförderungsziels ‚Kom-mune‘; Leistungen nach dem Setting-Ansatz Kommune des Leitfadens Prävention	Öffentliche und freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe
Kinder und ihre Eltern in der Kita-Phase	Prävention, Gesundheits- und Sicherheitsförderung in Kindertagesstätten	<b>GKV:</b> Leistungen nach dem Setting-Ansatz Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte des GKV-Leitfadens Prävention <b>GUV:</b> Präventionsleistungen nach dem Ansatz der Guten gesunden Kita (Konzept wird derzeit entwickelt)	Kita-Träger und Träger von anderen Betreuungseinrichtungen, Kommunen (auch unabhängig von etwaiger Trägerschaft), freigemeinnützige Organisationen wie z.B. Sportvereine
Kinder und Jugendliche im Schulalter bzw. in der Ausbildung	Prävention, Gesundheits- und Sicherheitsförderung in Schulen (einschl. berufsbildender Schulen) und Freizeiteinrichtungen	<b>GKV:</b> Aktivitäten zur Umsetzung der lebensweltbezogenen Präventions- und Gesundheitsförderungsziele; Leistungen nach dem Setting-Ansatz Gesundheitsfördernde Schule des Leitfadens Prävention <b>GUV:</b> Präventionsleistungen nach dem Konzept „Mit Gesundheit gute Schule entwickeln“ (DGUV Information 202-083)	Länder, Schulträger, Kommunen (auch unabhängig von etwaiger Trägerschaft), freigemeinnützige Organisationen wie z.B. Sportvereine
Jugendliche und junge Erwachsene im Studium	Prävention, Gesundheits- und Sicherheitsförderung in Hochschulen	<b>GKV:</b> Leistungen nach dem Setting-Ansatz des Leitfadens Prävention <b>GUV:</b> Maßnahmen nach dem Präventionsleistungskatalog	Hochschulen, Kommunen, freigemeinnützige Organisationen wie z.B. Sportvereine, Hochschulsport, Studierendenwerke
* Exemplarische Nennung; weitere Organisationen, Einrichtungen und Akteure (z.B. Länder / Öffentlicher Gesundheitsdienst; Netzwerke oder freigemeinnützige Organisationen etwa aus dem Ernährungs- und / oder Bewegungsbereich) können sich themenbezogen und in Abhängigkeit der regionalen Bedarfe und Möglichkeiten mit Ressourcen einbringen.			

<sup>111</sup> GKV-Spitzenverband, DRV, DGUV, SVLFG: Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V. 2016, 16

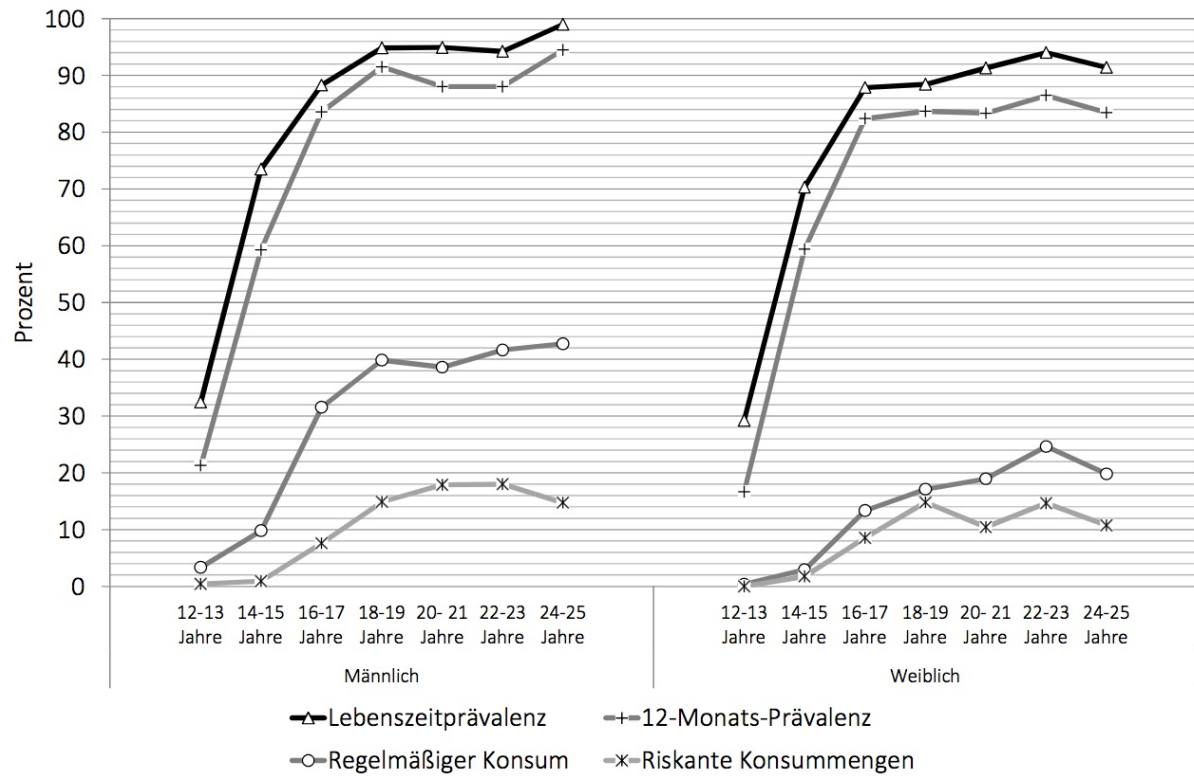


Anhang 2<sup>112</sup>

<sup>112</sup> Statistisches Bundesamt: Steuereinnahmen aus alkoholbezogenen Steuern in Deutschland nach Steuerarten von 2002 bis 2016 (in Milliarden Euro). In: Statista - Das Statistik-Portal, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/5387/umfrage/einnahmen-aus-alkoholbezogenen-steuern-seit-1995/>, [Zugriff am 06.05.2017]

## Anhang 3:

Alkoholkonsum im Leben und in den letzten zwölf Monaten nach sieben Altersgruppen 2016<sup>113</sup>



<sup>113</sup> Orth, B. / Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Der Alkoholkonsum Jugendlicher und Junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends. BZgA-Forschungsbericht, Köln 2017, 28

## **Eigenständigkeitserklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

---

Ort, Datum

Vorname Nachname